

PARTE DE ACCIDENTE DEL PAS**- Personal de administración y servicios -**

Dña.-----, con DNI nº ----- en calidad de DIRECTOR/DIRECTORA del Centro-----

INFORMA: Que la persona destinada en este Centro, cuyos datos se recogen a continuación, ha sufrido un accidente en circunstancias que igualmente se indican:

DATOS DEL ACCIDENTADO:**APELLIDOS Y NOMBRE****DNI Nº****FECHA DE NACIMIENTO****DOMICILIO ACTUAL****MUNICIPIO****CÓDIGO POSTAL****TELÉFONO ACTUAL****CATEGORÍA**

<Sin categoría>

NOMBRAMIENTO

Sustituto

Nº SEGURIDAD SOCIAL**NACIONALIDAD****ISLA****DATOS DEL CENTRO:****NOMBRE O RAZÓN SOCIAL****DOMICILIO****MUNICIPIO****CÓDIGO POSTAL****TELÉFONO****ISLA****PLANTILLA ACTUAL EN EL CENTRO**

9

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:**Fecha:****Hora:****Lugar:****Breve descripción del accidente**

¿En qué tipo de lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el hecho?

¿Qué tipo de trabajo estaba haciendo cuando se produjo el accidente?

¿Qué hecho anormal del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente?

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada?

Personas que presenciaron el accidente con indicación de Apellidos, Nombre, Domicilio, Telefono:

En-----, a ----- de ----- del año dos mil -----.

FIRMA Y SELLO
DIRECTOR/DIRECTORA