

ENTIDAD NOMBRE:
 ENTIDAD NÚMERO:

RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA



MES:
 AÑO:

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
C.C. COTIZACIÓN	C.I.F. O D.N.I.	PLANTILLA

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO

			ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL	
CCC / NAF	PROVINCIA		MUNICIPIO	

RELACIÓN DE ACCIDENTADOS

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEXO		Nº AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL (1)	IPF (2)		TIPO DE CONTRATO (3)		FECHA ACCIDENTE			FORMA CONTACTO (4)	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (5)	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (6)
		VARÓN	MUJER		CÓDIGO	Nº. DOCUMENTO	INDEFINIDO	TEMPORAL	DÍA	MES	AÑO			
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

(3) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como indefinido.

D. _____ en calidad de
 _____ de la Empresa, expide la presente
 Relación en: _____ a ____ de _____ de 200__

AUTORIDAD LABORAL