

RELACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

ENTIDAD NOMBRE: _____
 ENTIDAD NÚMERO: _____

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
 CCC / NAF: _____ PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____ ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: _____

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			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 200_____

AUTORIDAD LABORAL