

 UNIVERSIDAD DE GRANADA	FORMULARIO	P14 F01 01/07/2022	Rev.08 Página 1 de 2	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES PROFESIONALES E INCIDENTES			

REMITIR DE FORMA URGENTE AL SERVICIO DE SALUD Y PREVENCIÓN (SSP), UNA VEZ FIRMADA POR EL EMPLEADO/A Y POR LA PERSONA RESPONSABLE INMEDIATA. ES UN REQUISITO INDISPENSABLE PARA SER ATENDIDO/A EN LA MUTUA (SALVO URGENCIA MÉDICA). LA CONSIDERACIÓN DE ACCIDENTE COMO LABORAL, QUEDA SUPEDITADA A TODA LA INFORMACIÓN RECABADA (SSP/MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO/OTROS). COMUNICAR EN CASO DE ACCIDENTE CON INDEPENDENCIA DE SOLICITAR ASISTENCIA SANITARIA EN LA MUTUA.

Correo electrónico: Servicio de Salud y Prevención: ssp@ugr.es / Mutua: granada_adminis@fremap.es

Apellidos:		Nombre:		
D.N.I.:	Puesto de trabajo:		Telf. Trabajo:	
Centro:		Serv./ Dpto./:		
Telf. Móvil:	Seguridad Social <input type="checkbox"/>	Fecha Accidente: ____/____/____	Hora Accidente:	Horas que llevaba trabajando:
	Muface <input type="checkbox"/>			
Nombre responsable inmediato: (encargado equipo, administrador, director departamento, etc.)			¿Está informado del accidente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE, ENFERMEDAD PROFESIONAL O INCIDENTE:

- ¿Dónde se produce?:

- En el lugar de trabajo.
 En el trayecto hacia o desde el domicilio al trabajo: **"In itinere"**.
Indique dirección exacta: _____
 Fuera del lugar habitual de trabajo: **"In misión"**.
Indique dirección exacta: _____

¿Realizaba alguna tarea relacionada con su trabajo habitual? Si es así. Indique cuál:

¿Qué herramienta, máquina, sustancia, etc. le ha provocado el accidente?

¿Describa cómo se ha producido el accidente?

¿Qué parte del cuerpo se ha lesionado?

¿Qué lesión le ha producido?

-¿Había alguna/s persona/s testigo? (Nombre y Apellidos)

_____ Tfn. Fijo/móvil: _____

_____ Tfn. Fijo/móvil: _____

- Observaciones:

Antes de firmar debe leer la información básica sobre protección de datos que se presenta en el reverso de este documento.

RESPONSABLE DEL CENTRO/DPTO/SERVICIO
(que se da por enterado) **NOMBRE Y FIRMA**

LA PERSONA AFECTADA
FIRMA

Fdo. Nomb. y Apell. _____

 UNIVERSIDAD DE GRANADA	FORMULARIO	P14 F01 01/07/2022	Rev.08 Página 2 de 2	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES, ENFERMEDADES PROFESIONALES E INCIDENTES			

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	UNIVERSIDAD DE GRANADA
Legitimación:	La Universidad se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos personales por ser necesarios para cumplir con la obligación legal según establecen los art. 14, 16, 22 y 23 de la Ley 31/95 de Prevención de Riesgos laborales.
Finalidad:	Gestionar su notificación de accidente, enfermedad o incidente profesional.
Posibles Destinatarios:	Cuando proceda a Juzgados y Tribunales, Ministerio/Consejería Junta de Andalucía con competencias en materia de trabajo, Inspección Provincial de Trabajo, Inspección Médica del Servicio Andaluz de Salud, Consejo de Seguridad Nuclear y clínicas y especialistas médicos.
Derechos:	Tiene derecho a solicitar el acceso, oposición, rectificación, supresión o limitación del tratamiento de sus datos, tal y como se explica en la información adicional.
Información adicional:	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en el siguiente enlace: https://secretariageneral.ugr.es/pages/proteccion_datos/leyendas-informativas/ img/informacionadicionalseguridadsaludlaboral