

Aquest comunicat es complimentarà **SEMPRE**. S'informarà de l'incident al comandament. El formulari següent es pot imprimir i emplenar manualment o emplenar-lo amb l'ordinador. Un cop emplenat es pot imprimir o desar i s'ha d'enviar per correu intern o electrònic a la Unitat de Prevenció i/o Unitat de Vigilància de la Salut rlarios@bsa.cat / mtortajada@bsa.cat / nprat@bsa.cat

1.- DADES DEL TREBALLADOR

Nom/Cognoms:		Data de naixement:	
Número DNI:		Categoria Professional:	
Antiguitat al lloc de treball (anys)		Situació Laboral Actual:	
Telèfon contacte treball		Telèfon mòbil:	

2.- DADES DE L'INCIDENT DE TREBALL

Centre de Treball:			
Servei/Unitat/Departament/Àrea			
Data Incident		Hora Incident	
		Hora inici de la jornada	
S'ha visitat en algun servei d'urgències? ☐ Si ☐ No		Anirà a la Mútua d'Accidents? ☐ Si ☐ No	
Quin Centre?			

3.- DESCRIPCIÓ DE L'INCIDENT

Feina que desenvolupava en el moment de l'incident	
Lloc on s'ha produït l'incident.	Centre de treball? ☐ Si ☐ No Lloc de l'incident (<i>habitació, taulell, passadisos, etc.</i>) ☐ No On? (<i>Si és in itinere o in mission: carrer i població</i>)
Com s'ha produït l'incident? <i>Descripció de l'incident (text lliure)</i>	
S'han produït lesions? ☐ Si ☐ No	De quin tipus?
Part del cos lesionada	
Ha rebut formació específica en la tasca que estava realitzant? ☐ Si ☐ No	Ha rebut informació sobre els riscos del seu lloc de treball? ☐ Si ☐ No

Nom Responsable:		Data:	
------------------	----------------------	-------	----------------------