

Número de registre (a omplir per OSSMA):

NOTIFICACIÓ D'ACCIDENTS O INCIDENTS

Podeu omplir el formulari amb Adobe PDF o bé imprimir-lo i fer-ho a mà. Per enviar-lo, trobareu l'adreça postal i l'electrònica de l'OSSMA a la capçalera del document.

Els camps amb asterisc (*) són obligatoris.

Persona que notifica l'accident					
Nom i cognoms *					
NIF o NIE *					
Telèfon de contacte *					
Adreça electrònica *					
Relació amb la UB *	Professorat	PAS	Estudiant	Alumnes 3 ^{er} Cicle	Altres
En cas d'estudiants, ensenyament al que està adscrit *					
En la resta de casos, departament, unitat o servei al què està adscrit *					
Relació amb l'accident: *	Persona responsable del lloc o activitat on ha succeït l'accident				
	Persona afectada	Testimoni	Altres		

Persona afectada	
Aquestes dades no són obligatòries, si considereu adient incloure-les s'enviarà una còpia de la notificació d'accident a l'adreça electrònica facilitada.	
Nom i cognoms	
Telèfon de contacte	
Adreça electrònica	

Persona responsable del lloc o activitat on ha succeït l'accident	
Aquestes dades no són obligatòries, si considereu adient incloure-les s'enviarà una còpia de la notificació d'accident a l'adreça electrònica facilitada.	
Nom i cognoms	
Telèfon de contacte	
Adreça electrònica	



Testimonis de l'accident o incident

Aquestes dades no són obligatòries, si considereu adient incloure-les s'enviarà una còpia de la notificació d'accident a l'adreça electrònica facilitada.

Nom i cognoms	
Telèfon de contacte	
Adreça electrònica	

Descripció de l'accident o incident

Lloc on s'ha produït *	
Indiqueu si fèieu teletreball *	Sí No
Data i hora *	
Detalls de l'accident (Doneu tants detalls com sigui possible (seqüència de successos en el temps que han pogut determinar l'accident o incident, descripció de l'activitat que estàveu realitzant, equips o materials que estàveu fent servir, agents químics, físics o biològics que manipulàveu o estaven presents en l'ambient de treball, si estàveu en el vostre lloc de treball habitual o en una altra empresa/institució/sortida de camp, etc.) *	
Danys soferts (especifiqueu si escau l'atenció mèdica rebuda)	
Danys materials	
Indiqueu aclariments o observacions	
Proposta de mesures a adoptar per evitar futurs accidents	

Data *	Signatura de la persona que notifica l'accident *
--------	---