

Número de registro (completar por OSSMA):

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES O INCIDENTES

Puede rellenar el formulario con Adobe PDF o bien imprimirlo y hacerlo a mano. Para enviarlo, encontrará la dirección postal y la electrónica de la OSSMA en la cabecera del documento.

Los campos con asterisco (*) son obligatorios.

Persona que notifica el accidente					
Nombre y apellidos *					
NIF o NIE *					
Teléfono de contacto *					
Correo electrónico *					
Relación con la UB *	Profesorado	PAS	Estudiante	Alumnos 3 ^{er} Ciclo	Otros
En caso de estudiantes, enseñanza a la que está adscrito*					
En el resto de casos, departamento, unidad o servicio al que está adscrito *					
Relación con el accidente: *	Persona responsable del lugar o actividad donde ha sucedido el accidente				
	Persona afectada	Testimonio	Otros		

Persona afectada	
Estos datos no son obligatorios, si considera adecuado incluirlos se enviará una copia de la notificación de accidente a la dirección electrónica facilitada.	
Nombre y apellidos	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Persona responsable del lugar o activitat donde ha sucedido el accidente	
Estos datos no son obligatorios, si considera adecuado incluirlos se enviará una copia de la notificación de accidente a la dirección electrónica facilitada.	
Nombre y apellidos	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	



Testimonios del accidente o incidente

Estos datos no son obligatorios, si considera adecuado incluirlos se enviará una copia de la notificación de accidente a la dirección electrónica facilitada.

Nombre y apellidos	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Descripción del accidente o incidente

Lugar donde se ha producido *	
Indica si hacías teletrabajo *	Sí No
Fecha y hora *	
Detalles del accidente. Dé tantos detalles como sea posible (secuencia de sucesos en el tiempo que han podido determinar el accidente o incidente, descripción de la actividad que estaba realizando, equipos o materiales que estaba utilizando, agentes químicos, físicos o biológicos que manipulaba o estaban presentes en el ambiente de trabajo, si estaba en su puesto de trabajo habitual o en otra empresa/institución/salida de campo, etc.) *	
Daños sufridos (especifique en su caso la atención médica recibida)	
Daños materiales	
Indica aclaraciones u observaciones	
Propuesta de medidas a adoptar para evitar futuros accidentes	

Fecha *	Firma de la persona que notifica el accidente *
---------	---