

**PARTE INTERNO DE ACCIDENTES E INCIDENTES**

(Solo Reg. Gral. de la S. Social, para MUFACE cumplimentar Parte en Acto de servicio)

**CENTRO DE TRABAJO****CENTRO/INSTITUTO:****DIRECCIÓN:****C. Postal:****Municipio:****Provincia:****Nº de Trabajadores del centro (solo personal CSIC):****Teléfono:****DATOS DEL TRABAJADOR / PUESTO DE TRABAJO****NOMBRE Y APELLIDOS:****Sexo****NAF:****NIF/NIE/Pasaporte****Régimen de la Seguridad Social** General Trabajadores del mar**CCC: Código Cuenta de Cotización:****Base de cotización mensual/días trabajados en ese mes:****Domicilio****C. Postal:****Municipio:****Provincia:****Teléfono:****Fecha de nacimiento:****Nacionalidad:****Servicio/Departamento/Grupo de Investigación****Puesto:**  Investigador  Becario  Tco laboratorio  Administración  Mantenimiento**Tipo de contrato:**  Funcionario  Laboral indefinido  Laboral temporal  Becario  Otros**Fecha ingreso CSIC:****Antigüedad puesto actual (en meses):****DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO****Fecha:****Hora (de 1 a 24h):****¿Era su trabajo habitual?:**  SI  NO**¿Ha sido accidente in itinere?**  SI  NO **¿Accidente de Tráfico?**  SI  NO**¿En un desplazamiento durante su jornada laboral?**  SI  NO **Comisión de Servicios**  SI  NO**Descripción del accidente:** Lugar donde se encontraba, qué tipo de trabajo estaba haciendo o en qué proceso de trabajo estaba participando; qué estaba haciendo en concreto la persona accidentadaFirma  
Director/Gerente/ ORGC