## ANEXO IV. PARTE INTERNO DE ACCIDENTE

|  |  |
| --- | --- |
| **CENTRO/INSTITUTO** | Centro/Instituto. |
| Dirección postal | Dirección postal | Teléfono | Nº teléfono. |
| **DATOS DEL TRABAJADOR/A** |
| **NOMBRE Y APELLIDOS:** | Nombre y apellidos. | Sexo: | [ ] H [ ]  M |
| NAF**:** |  NAF. | NIF/NIE/Pasaporte**:** | CNIF/NIE/Pasaporte | email: | Correo electrónico. |
| Régimen**:** | [ ]  General de la Seguridad Social | [ ]  Trabajadores del mar | [ ]  MUFACE |
| Código Cuenta de Cotización CCC (11 dígitos) | Código Cuenta de Cotización  |
| Departamento/Grupo de Investigación/ Servicio | Sº/Dpto/Grupo. |
| Responsable directo del trabajador/a  | Nombre y apellidos del responsable directo del trabajador. |
| Puesto de trabajo: [ ]  Investigador/a [ ]  Técnico/a laboratorio [ ]  Administración [ ]  Mantenimiento  |
| [ ]  Otros (especificar): Especificar. |
| Tipo de personal: [ ]  Funcionario [ ]  Laboral fijo [ ]  Laboral temporal [ ]  Prácticas [ ]  Otros (especificar): Especificar. |
| ***A CUMPLIMENTAR SI EL ACCIDENTE DE TRABAJO CAUSA BAJA LABORAL O INCAPACIDAD TEMPORAL*** |
| Fecha de nacimiento | Fecha nacimiento | Nacionalidad: | Nacionalidad. |
| Base de cotización mensual (mes anterior al accidente): | Base de cotización. | Días cotizados: | Días. |
| Fecha ingreso CSIC:  | Fecha | Antigüedad puesto actual (en meses): | Antigüedad. |
| Domicilio del trabajador/a | Dirección postal. | C.P | C.P. |
| Municipio | Municipio | Provincia | Provincia. | Teléfono | Nº tlf |
| **DATOS DEL ACCIDENTE** |
| **Fecha del accidente :** | Día y fecha | **Hora (de 1 a 24h):** hora.h | **Hora de trabajo (1ª a 8ª):** hora. |
| ¿**Ha sido un accidente en su centro de trabajo?:** [ ] SI [ ]  NO ¿**Era su trabajo habitual?:** [ ] SI [ ]  NO |
| **¿Ha sido un accidente** [ ]  **in itinere** [ ]  **de tráfico**  [ ]  **en desplazamiento dentro de su jornada laboral?** |
| **Descripción exhaustiva del accidente: responda a estas cuestiones como éstas.*****\*¿****Dónde se encontraba, qué tipo de trabajo estaba realizando, qué estaba haciendo en concreto la persona accidentada? ¿Cómo se ha lesionado? ¿Ha comunicado la ocurrencia del accidente? ¿Ha acudido a algún servicio médico? \*Si el accidente se ha producido en un lugar fuera de un centro de trabajo accidente in itinere o en un desplazamiento dentro de su jornada laboral),¿dónde ha ocurrido? calle y número, vía pública o punto kilométrico etc.* |
| Descripción detallada del accidente. |
| **Fecha** Fecha.**Firma ICU (Dirección/Gerencia)** |