## 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |