



Full de notificació d'accident, incident laboral o malaltia professional

Dades del centre de treball

Codi	Nom	Municipi
------	-----	----------

- ☐ Serveis centrals
☐ Serveis Territorials a _____
☐ Consorci d'Educació de Barcelona

Dades de la persona (s'ha d'emplenar un full per persona afectada)

Nom i cognoms	DNI/NIE/Passaport
---------------	-------------------

Personal propi

- ☐ PAS
☐ Docent

Relació laboral

- ☐ Funcionari/ària de carrera
☐ Funcionari/ària interí/ina
☐ Personal laboral
☐ Altres (especifiqueu-la): _____

Personal extern (indiqueu el nom de l'empresa en què presta el servei)

- ☐ Personal extern

Empresa a la qual pertany:

Tipus de cobertura mèdica

- ☐ Seguretat Social
☐ MUFACE (especifiqueu l'entitat mèdica): _____

Assistència mèdica

- ☐ Centre de treball (farmaciola)
☐ Mútua d'accidents
☐ Entitat MUFACE
☐ Centre d'assistència primària
☐ Hospital

Gravetat (si es disposa de la informació)

- ☐ Lleu
☐ Greu
☐ Molt greu
☐ Mortal

Descripció de les lesions i de la part o parts del cos que s'ha lesionat

Data de la baixa mèdica o llicència per malaltia

Hospitalització (nom del centre)

Població

Telèfon

Dades de l'esdeveniment

☐ Accident de treball ☐ Possible malaltia professional ☐ Incident laboral ☐ Recaiguda

☐ Accident *in itinere* Forma de desplaçament: _____

Data

Hora del dia

Hora de la jornada

Treball habitual: ☐ Sí ☐ No

Descripció detallada i acurada dels fets

Lloc on es trobava la persona accidentada o lloc de l'esdeveniment

☐ Centre habitual ☐ En un altre centre ☐ Desplaçament en jornada ☐ *In itinere*

Indiqueu-ne el lloc exacte: _____

Tipus o procés de feina que feia

Activitat física que feia (p. ex.: caminar, pujar escales...)

Element que ha originat la lesió (p. ex.: eina tallant, porta, esglaó...)

Com s'ha lesionat

Descripció de l'element que ha originat la lesió (p. ex.: terra relliscós, esglaons mullats, sòl amb sorra...)

Indiqueu si l'accident ha afectat més d'un treballador/a

☐ Sí ☐ No ☐ NS/NC

Descripció dels danys materials

Testimonis (nom i càrrec)

Signatura del director/a del centre o responsable de la unitat

Nom i cognoms

Data de lliurament (Cal trametre electrònicament mitjançant eValisa una còpia signada a la persona afectada; l'altra cal conservar-la al centre o a la unitat corresponent)

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Secretaria General.

Finalitat: Prevenció de riscos laborals.

Legitimació: Compliment d'una obligació legal.

Destinatari: Les dades es comunicaran als encarregats de tractament que proveeixen les unitats de prevenció de riscos laborals per compte del responsable del tractament. Les dades no es comunicaran a altres categories de destinataris, excepte en els casos previstos per la llei.

Drets: Accedir a les dades, rectificar-les, suprimir-les, oposar-se'n al tractament i sol·licitar-ne la limitació.

Informació addicional: Podeu consultar la informació addicional i detallada sobre protecció de dades a la pàgina [web](#)

☐ He llegit la informació bàsica sobre protecció de dades.

Espai reservat per al Servei de Prevenció de Riscos Laborals

- ☐ Accident sense baixa ☐ Accident amb baixa ☐ Accident mortal
- ☐ Incident
- ☐ Malaltia professional
- ☐ Recaiguda

Data de recepció de la notificació al Servei
