

**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
---------------	-------------------

Data de naixement	Cos / Categoria a què pertany	Lloc de treball	Antiguitat en el lloc
-------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------------

Personal propi

- ☐ PAS
- ☐ Docent

Relació laboral

- ☐ Funcionari de carrera
- ☐ Funcionari interí
- ☐ Personal laboral
- ☐ Altres (especifiqueu-ho): _____

☐ 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

Segell del centre o de la unitat

Nom i cognoms

Data de lliurament (Cal lliurar-ne una còpia signada a l'afectat; l'altra cal conservar-la al centre)

Informació bàsica sobre protecció de dades

Responsable del tractament: Secretaria General.

Finalitat: Prevenció de riscos laborals.

Legitimació: Compliment d'una obligació legal.

Destinataris: 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 <http://ensenyament.gencat.cat/ca/departament/proteccio-dades/informacio-addicional-tractaments/prevencio-riscos-laborals.html>

☐ 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
