



POLICÍA LOCAL

www.coet.es

Nº hoja:

PARTE DE ACCIDENTE EN MATERIA LABORAL

Número de Registro _____	Atestado núm. _____	Equipo Instructor *****.____y*****.____
-----------------------------	------------------------	--

DATOS GENERALES:					
UNIDAD:	INDICATIVO:	COMPONENTES:			
FECHA:	HORA:	DÍA DE LA SEMANA:	LABORAL <input type="checkbox"/>	FESTIVO <input type="checkbox"/>	TURNO:
LUGAR EXACTO DEL ACCIDENTE:					
VÍCTIMAS (especificar número en letra):	PR:	HL:	HG:	HG:	F:
DESCRIPCIÓN Y TIPO DE ACCIDENTE:					
DATOS DEL ACCIDENTADO _____:					
NOMBRE Y APELLIDOS:			DNI/NIE:		
SEXO: NATURAL DE:	HIJO DE:		NACIDO EL:		
NACIDO EN:					
DOMICILIO:					
LOCALIDAD:			TFNO/S.		
LESIVIDAD: Pronóstico Reservado <input type="checkbox"/> Herido Leve <input type="checkbox"/> Herido Grave <input type="checkbox"/> Herido Muy Grave <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>					
ASISTIDO POR:			TRASLADADO A:		
ERA SU TRABAJO HABITUAL: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HORARIO DE TRABAJO:					
CATEGORÍA:		TIPO DE CONTRATO:		TIPO DE JORNADA LABORAL:	
TAREA QUE DESEMPEÑABA EN LA EMPRESA:					
TAREA QUE REALIZABA CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:					
MEDIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:					
JEFE DEL ACCIDENTADO EN EL MOMENTO DEL HECHO:					
DATOS DEL ACCIDENTADO _____:					
NOMBRE Y APELLIDOS:			DNI/NIE:		
SEXO: NATURAL DE:	HIJO DE:		NACIDO EL:		
NACIDO EN:					
DOMICILIO:					
LOCALIDAD:			TFNO/S.		
LESIVIDAD: Pronóstico Reservado <input type="checkbox"/> Herido Leve <input type="checkbox"/> Herido Grave <input type="checkbox"/> Herido Muy Grave <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>					
ASISTIDO POR:			TRASLADADO A:		
ERA SU TRABAJO HABITUAL: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> HORARIO DE TRABAJO:					
CATEGORÍA:		TIPO DE CONTRATO:		TIPO DE JORNADA LABORAL:	
TAREA QUE DESEMPEÑABA EN LA EMPRESA:					
TAREA QUE REALIZABA CUANDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE:					
MEDIOS DE PROTECCIÓN PERSONAL:					
JEFE DEL ACCIDENTADO EN EL MOMENTO DEL HECHO:					
DATOS DE LA EMPRESA DEL ACCIDENTADO _____:					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA:			C.I.F.:		
DOMICILIO SOCIAL:			LOCALIDAD:		
TELÉFONOS:		RAMA:			
COMPAÑÍA ASEGURADORA:		PÓLIZA Nº:		€uros.	
FECHA DE COBERTURA:		RESPONSABILIDAD CIVIL:			
OBSERVACIONES:					
.....					
.....					
.....					
EMPRESA RESPONSABLE FINAL DE LA OBRA (EN SU CASO):					
NOMBRE DE LA EMPRESA:			C.I.F.:		
DOMICILIO SOCIAL:			LOCALIDAD:		
TELÉFONOS:		RAMA:			

DATOS DE LA EMPRESA DEL ACCIDENTADO _____:

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: _____ C.I.F.: _____

DOMICILIO SOCIAL: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONOS: _____ RAMA: _____

COMPañIA ASEGURADORA: _____ PÓLIZA Nº: _____

FECHA DE COBERTURA: _____ RESPONSABILIDAD CIVIL: _____ €uros. _____

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

EMPRESA RESPONSABLE FINAL DE LA OBRA (EN SU CASO):

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: _____ C.I.F.: _____

DOMICILIO SOCIAL: _____ LOCALIDAD: _____

TELÉFONOS: _____ RAMA: _____

TESTIGO _____:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI/NIE: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TFNO.: _____

SEXO: NATURAL DE _____ HIJO DE: _____ NACIDO EL: _____

NACIDO EN: _____

EMPRESA EN LA QUE PRESTA SERVICIO: _____

SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCONTRABA: _____

TESTIGO _____:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____ DNI/NIE: _____

DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ TFNO.: _____

SEXO: NATURAL DE _____ HIJO DE: _____ NACIDO EL: _____

NACIDO EN: _____

EMPRESA EN LA QUE PRESTA SERVICIO: _____

SITUACIÓN EN LA QUE SE ENCONTRABA: _____

CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR – FACTORES CONCURRENTES								
LUMINOSIDAD / ILUMINACIÓN			PERSONALES		ZONA DEL ACCIDENTE		CLIMÁTICOS	
<input type="checkbox"/> DÍA	<input type="checkbox"/> AMANECER		<input type="checkbox"/> ALCOHOL	<input type="checkbox"/> RUIDO	<input type="checkbox"/> POLVO	<input type="checkbox"/> SECO	<input type="checkbox"/> GRANIZO	
<input type="checkbox"/> NOCHE	<input type="checkbox"/> CREPÚSCULO	<input type="checkbox"/> DROGAS	<input type="checkbox"/> HUMOS, GASES, VAPORES		<input type="checkbox"/> LLUVIA	<input type="checkbox"/> HIELO		
<input type="checkbox"/> ILUMINACIÓN SUFICIENTE		<input type="checkbox"/> CANSANCIO	<input type="checkbox"/> MANIPULACIÓN DE CARGAS		<input type="checkbox"/> NIEVE	<input type="checkbox"/> OTROS:		
<input type="checkbox"/> ILUMINACIÓN INSUFICIENTE		<input type="checkbox"/> DISTRACCIÓN	<input type="checkbox"/> MAL ESTADO DE MAQUINARIA		<input type="checkbox"/> NIEBLA			
<input type="checkbox"/> NATURAL	<input type="checkbox"/> ARTIFICIAL	<input type="checkbox"/> OTRAS	<input type="checkbox"/> OTROS		<input type="checkbox"/> NO CONCLUYENTE			

CIRCUNSTANCIALES:

.....

.....

.....

.....

OTROS DATOS DE INTERÉS:

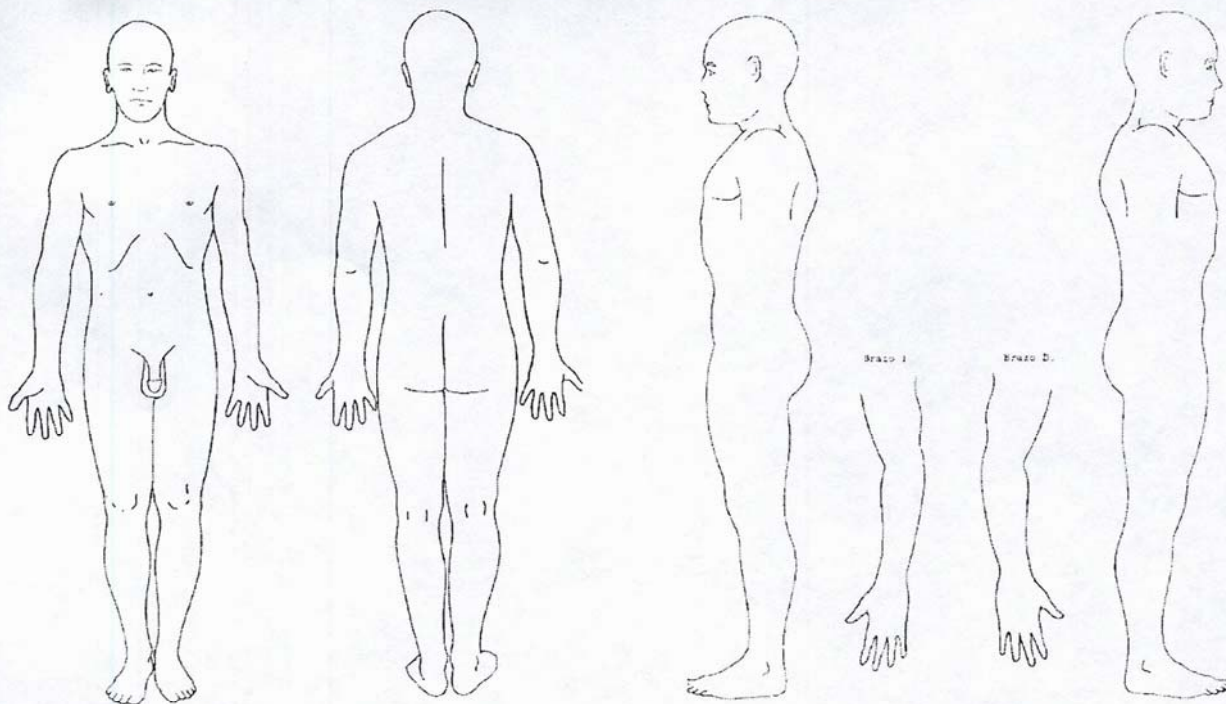
.....

.....

.....

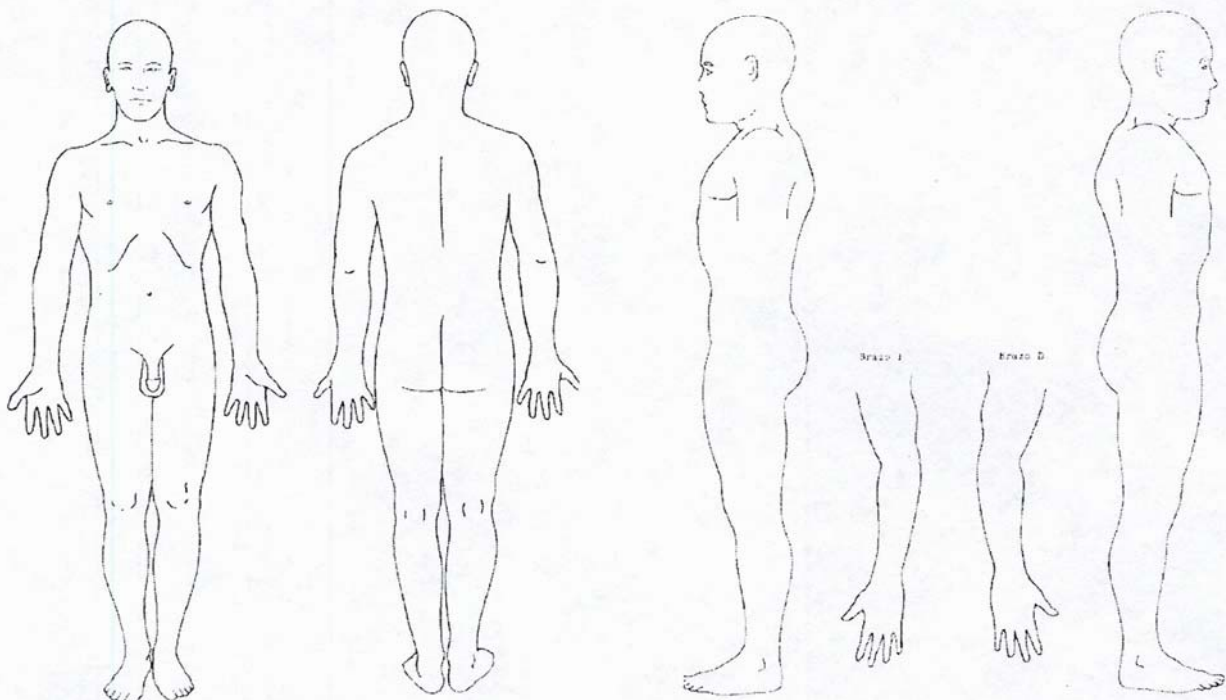
Sello de la Dependencia	Vº Bº, El _____	Parla (Madrid), a _____ de _____ de 20____ Los Policías Locales
	Fdo.: núm. *****:_____	Fdo.: Agentes núms. *****:_____ y *****:_____

LESIONES ACCIDENTADO



DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN _____

LESIONES ACCIDENTADO



DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN _____

CROQUIS



Por Juan Carlos R.G. "Cabocop", para www.coet.es