



COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES LABORALES GRAVES O MUY GRAVES

Datos de quien presenta la comunicación (cuando no coincida con quien la comunica):

NIF			
Primer Apellido o Razón Social			
Segundo Apellido		Nombre	

Datos del Trabajador:

NIF			
Primer Apellido			
Segundo Apellido		Nombre	

Datos de quien comunica:

NIF			
Primer Apellido o Razón Social			
Segundo Apellido		Nombre	
Domicilio (Calle, nº, Piso)			
CP		Localidad	
Provincia			
Domicilio a efectos de Notificaciones (Calle, nº, Piso)			
CP		Localidad	
Teléfono		FAX	
E-mail			
Persona Contacto		E-mail	

Dirección completa del lugar donde ocurrió el accidente:

Dirección			
Localidad			
Código Postal		Provincia	

Descripción del accidente:

--

En , a de de .

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA