

COMUNICACIÓ D'ACCIDENT / INCIDENT DE TREBALL
COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE / INCIDENTE DE TRABAJO
 A: AGRESSIÓ
AGRESIÓN
 Física
 Verbal

 B: ACCIDENT BIOLÒGIC
ACCIDENTE BIOLÓGICO

 UNITAT PERIFÈRICA NÚMERO
UNIDAD PERIFÉRICA NÚMERO

 C: ACCIDENT GENERAL
ACCIDENTE GENERAL

 NÚMERO D'ACCIDENT
NÚMERO DE ACCIDENTE

A DADES DEL TREBALLADOR / DATOS DEL TRABAJADOR

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIF	
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO			NÚMERO SIP / NÚMERO SIP	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LA SEGURETAT SOCIAL / NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL			SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

B DADES DEL LLOC DE TREBALL / DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

CENTRE / CENTRO		SERVICI / SERVICIO		CATEGORIA / CATEGORÍA	
ANTIGUITAT EN EL LLOC ACTUAL / ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL <input type="checkbox"/> Fins a 1 mes (indique días): Hasta 1 mes (indique días): _____			Més d'1 mes (indique meses): Más de 1 mes (indique meses): _____		
<input type="checkbox"/> Eventual		<input type="checkbox"/> Interi Interino		<input type="checkbox"/> Fix Fijo	
				<input type="checkbox"/> Altres Otros	

C DADES DEL SUCCÉS O AGRESSIÓ / DATOS DEL SUCESO O AGRESIÓN

LLOC DE L'ACCIDENT O INCIDENT / LUGAR DEL ACCIDENTE O INCIDENTE		DATA / FECHA	HORA DEL DIA (0 A 24) HORA DEL DÍA (0 A 24)	HORA DE TREBALL (1a, 2a, etc.) HORA DE TRABAJO (1ª, 2ª, etc.)	
MOTIUS QUE PODEN HAVER DESENCADENAT L'AGRESSIÓ / MOTIVOS QUE PUEDEN HABER DESENCADENADO LA AGRESIÓN					
DESCRIPCIÓ DE L'ACCIDENT O INCIDENT (D'ACORD AMB LES DECLARACIONS DEL TREBALLADOR ACCIDENTAT) DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE (DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO)				EFECTES PRODÛTS / EFECTOS PRODUCIDOS	
				<input type="checkbox"/> Físics Físicos	
				<input type="checkbox"/> Materials personals Materiales personales	
				<input type="checkbox"/> Psíquics Psíquicos	
				<input type="checkbox"/> Materials a la institució Materiales a la institución	
FORMA DE CONTACTE / FORMA DE CONTACTO	CODI / CÓDIGO	PART DEL COS LESIONADA PARTE DEL CUERPO LESIONADA		CODI / CÓDIGO	
DESCRIPCIÓ DE LA LESIÓ / DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN				CODI / CÓDIGO	
NOM DEL CAP DIRECTE / NOMBRE DEL MANDO DIRECTO	TELÈFON / TELÉFONO	TESTIMONIUS / TESTIGO/S		TELÈFON / TELÉFONO	
DADES DE L'AGRESSOR / DATOS DEL AGRESOR					
LLOC / LUGAR					
<input type="checkbox"/> En el centre o lloc de treball habitual En el centro o lugar de trabajo habitual		<input type="checkbox"/> En un altre centre o lloc de treball En otro centro o lugar de trabajo		<input type="checkbox"/> En un desplaçament en la jornada laboral En desplazamiento en su jornada laboral	
<input type="checkbox"/> En anar o tornar de la faena (in itinere) Al ir o al volver del trabajo (in itinere)		<input type="checkbox"/> A més, marque si ha sigut un accident de trànsit Además, marque si ha sido accidente de tráfico			
<input type="checkbox"/> Tasca habitual Tarea habitual	<input type="checkbox"/> Ha afectat l'accident més treballadors Ha afectado el accidente a más trabajadores	<input type="checkbox"/> S'ha fet una avaluació de riscos Se ha realizado evaluación de riesgos		<input type="checkbox"/> Hi ha denúncia Hay denuncia	

E SOL·LICITUD / SOLICITUD

En el cas d'accident / incident per agressió, el responsable del centre el citarà i l'informarà dels seus drets i dels recursos que hi ha, orientats a fer que vostè perceba permanentment el suport complet de la seua organització, mitjançant l'orientació i l'assistència necessàries d'ordre divers: sanitari, psicològic i legal, que es traduirà en l'entrega de la **Guia bàsica d'orientació jurídica**.

En caso de accidente / incidente por agresión, el responsable del centro le citará y le informará de sus derechos y de los recursos existentes, orientados a que usted perciba en todo momento el respaldo completo de su organización, mediante la orientación y la asistencia necesarias de diverso orden: sanitario, psicológico y legal, que se traducirá en la entrega de la **Guía básica de orientación jurídica**.

_____, d _____ del _____
 Signatura del cap directe / Firma del mando directo Signatura de la persona accidentada / Firma de la persona accidentada

Firma: _____

Firma: _____

Els camps de fons gris els emplena la Unitat Perifèrica de Riscos Laborals.
 Los campos sombreados los cumplimenta la Unidad Periférica de Riesgos Laborales.

Signar este document implica acceptar les condicions incloses en la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de dades.
 La firma de este documento implica la aceptación de las condiciones incluidas en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos.

D'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'INFORMEM que les dades d'este document seran incorporades al fitxer del Registre d'Accidents i incidents dels Treballadors del Sector Sanitari Públic de la Generalitat, del qual es titular la Subsecretaria de la Conselleria de Sanitat. La informació enregistrada serà tractada de manera que se'n garantisca el caràcter confidencial, amb ple compliment de la normativa sobre protecció de dades. Vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant el Servei de Prevenció de Riscos Laborals de la Conselleria de Sanitat, al c/ Misser Mascó, 33, 46010 València. Signar este document implica la conformitat amb el tractament d'estes dades amb la finalitat exclusiva d'avaluació i millora de la seguretat en l'àmbit públic sanitari.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le INFORMAMOS que los datos de este documento serán incorporados al fichero del Registro de Accidentes/incidentes de los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat, del que es titular la Subsecretaría de la Conselleria de Sanidad. La información registrada será tratada de manera que se garantiza su carácter confidencial, con pleno cumplimiento de la normativa sobre protección de datos. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Conselleria de Sanidad, c/ Micer Mascó, 33, 46010 Valencia. La firma de este documento implica la conformidad con el tratamiento de estos datos con el fin exclusivo de evaluación y mejora de la seguridad en el ámbito público sanitario.

COMUNICACIÓ D'ACCIDENT / INCIDENT DE TREBALL
COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE / INCIDENTE DE TRABAJO
 A: AGRESIÓ
AGRESIÓN
 Física
 Verbal

 B: ACCIDENT BIOLÒGIC
ACCIDENTE BIOLÓGICO

 UNITAT PERIFÈRICA NÚMERO
UNIDAD PERIFÉRICA NÚMERO

 C: ACCIDENT GENERAL
ACCIDENTE GENERAL

 NÚMERO D'ACCIDENT
NÚMERO DE ACCIDENTE

A DADES DEL TREBALLADOR / DATOS DEL TRABAJADOR

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIF	
TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO			NÚMERO SIP / NÚMERO SIP	
DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE LA SEURETAT SOCIAL / NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL			SEXE / SEXO <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	

B DADES DEL LLOC DE TREBALL / DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

CENTRE / CENTRO		SERVICI / SERVICIO		CATEGORIA / CATEGORÍA	
ANTIGUITAT EN EL LLOC ACTUAL / ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO ACTUAL			SITUACIÓ ACTUAL / SITUACIÓN ACTUAL		
<input type="checkbox"/> Fins a 1 mes (indique días): Hasta 1 mes (indique días): _____		<input type="checkbox"/> Més d'1 mes (indique meses): Más de 1 mes (indique meses): _____		<input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Interi <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Fix <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/> Otros	

C DADES DEL SUCCÉS O AGRESIÓ / DATOS DEL SUCESO O AGRESIÓN

LLOC DE L'ACCIDENT O INCIDENT / LUGAR DEL ACCIDENTE O INCIDENTE		DATA / FECHA	HORA DEL DIA (0 A 24) HORA DEL DÍA (0 A 24)	HORA DE TREBALL (1a, 2a, etc.) HORA DE TRABAJO (1ª, 2ª, etc.)	
MOTIUS QUE PODEN HAVER DESENCADENAT L'AGRESIÓ / MOTIVOS QUE PUEDEN HABER DESENCADENADO LA AGRESIÓN					
DESCRIPCIÓ DE L'ACCIDENT O INCIDENT (D'ACORD AMB LES DECLARACIONS DEL TREBALLADOR ACCIDENTAT) DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE (DE ACUERDO CON LAS DECLARACIONES DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO)				EFECTES PRODÛTS / EFECTOS PRODUCIDOS	
				<input type="checkbox"/> Físics <input type="checkbox"/> Físicos <input type="checkbox"/> Psíquics <input type="checkbox"/> Psíquicos <input type="checkbox"/> Materials personals <input type="checkbox"/> Materiales personales <input type="checkbox"/> Materials a la institució <input type="checkbox"/> Materiales a la institución	
FORMA DE CONTACTE / FORMA DE CONTACTO	CODI / CÓDIGO	PART DEL COS LESIONADA PARTE DEL CUERPO LESIONADA		CODI / CÓDIGO	
DESCRIPCIÓ DE LA LESIÓ / DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN				CODI / CÓDIGO	
NOM DEL CAP DIRECTE / NOMBRE DEL MANDO DIRECTO	TELÈFON / TELÉFONO	TESTIMONIUS / TESTIGO/S		TELÈFON / TELÉFONO	
DADES DE L'AGRESSOR / DATOS DEL AGRESOR					
LLOC / LUGAR					
<input type="checkbox"/> En el centre o lloc de treball habitual En el centro o lugar de trabajo habitual		<input type="checkbox"/> En un altre centre o lloc de treball En otro centro o lugar de trabajo		<input type="checkbox"/> En un desplaçament en la jornada laboral En desplazamiento en su jornada laboral	
<input type="checkbox"/> En anar o tornar de la faena (in itinere) Al ir o al volver del trabajo (in itinere)		<input type="checkbox"/> A més, marque si ha sigut un accident de trànsit Además, marque si ha sido accidente de tráfico			
<input type="checkbox"/> Tasca habitual Tarea habitual		<input type="checkbox"/> Ha afectat l'accident més treballadors Ha afectado el accidente a más trabajadores		<input type="checkbox"/> S'ha fet una avaluació de riscos Se ha realizado evaluación de riesgos	
				<input type="checkbox"/> Hi ha denúncia Hay denuncia	

E SOL·LICITUD / SOLICITUD

En el cas d'accident / incident per agressió, el responsable del centre el citarà i l'informarà dels seus drets i dels recursos que hi ha, orientats a fer que vostè perceba permanentment el suport complet de la seua organització, mitjançant l'orientació i l'assistència necessàries d'ordre divers: sanitari, psicològic i legal, que es traduirà en l'entrega de la **Guia bàsica d'orientació jurídica**.

En caso de accidente / incidente por agresión, el responsable del centro le citará y le informará de sus derechos y de los recursos existentes, orientados a que usted perciba en todo momento el respaldo completo de su organización, mediante la orientación y la asistencia necesarias de diverso orden: sanitario, psicológico y legal, que se traducirá en la entrega de la **Guía básica de orientación jurídica**.

_____, d _____ del _____
 Signatura del cap directe / Firma del mando directo Signatura de la persona accidentada / Firma de la persona accidentada

Firma: _____

Firma: _____

Els camps de fons gris els emplena la Unitat Perifèrica de Riscos Laborals.
 Los campos sombreados los cumplimenta la Unidad Periférica de Riesgos Laborales.

Signar este document implica acceptar les condicions incloses en la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de dades.
 La firma de este documento implica la aceptación de las condiciones incluidas en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de datos.

D'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, l'INFORMEM que les dades d'este document seran incorporades al fitxer del Registre d'Accidents i incidents dels Treballadors del Sector Sanitari Públic de la Generalitat, del qual es titular la Subsecretaria de la Conselleria de Sanitat. La informació enregistrada serà tractada de manera que se'n garantisca el caràcter confidencial, amb ple compliment de la normativa sobre protecció de dades. Vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant el Servei de Prevenció de Riscos Laborals de la Conselleria de Sanitat, al c/ Misser Mascó, 33, 46010 València. Signar este document implica la conformitat amb el tractament d'estes dades amb la finalitat exclusiva d'avaluació i millora de la seguretat en l'àmbit públic sanitari.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le INFORMAMOS que los datos de este documento serán incorporados al fichero del Registro de Accidentes/incidentes de los Trabajadores del Sector Sanitario Público de la Generalitat, del que es titular la Subsecretaría de la Consellería de Sanidad. La información registrada será tratada de manera que se garantiza su carácter confidencial, con pleno cumplimiento de la normativa sobre protección de datos. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de la Consellería de Sanidad, c/ Micer Mascó, 33, 46010 Valencia. La firma de este documento implica la conformidad con el tratamiento de estos datos con el fin exclusivo de evaluación y mejora de la seguridad en el ámbito público sanitario.