



**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE/INCIDENTE
DE TRABAJO (ACCIDENTADO/TESTIGO)**

Código

F.01 – S05.07.01

Versión

1

**DECLARACIÓN DE ACCIDENTE / INCIDENTE DE TRABAJO
(ACCIDENTADO/TESTIGO)**

Para:

(Nombre del responsable del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo de la OGRH)

Apellidos y Nombres:

(De la persona que va a redactar el documento; accidentado o testigo)

Área de trabajo:

Puesto de trabajo:

Edad:

DNI:

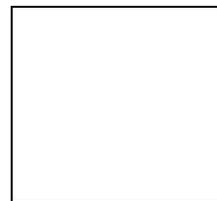
Lugar donde ocurrió el accidente:

Fecha:

Antigüedad en la institución:

Tiempo de experiencia en el puesto de trabajo:

.....
Firma del/la servidor/a



Huella digital

