

ANEXO I. COMUNICACIÓN DE INCIDENTE/ACCIDENTE DE TRABAJO / AGRESION

TIPO DE COMUNICACIÓN (indicar tipo de comunicación)	
Suceso <u>con lesiones físicas y/o psicológicas</u>ⁱ ACCIDENTE DE TRABAJO AT por AGRESIÓN (interna o externa)	Suceso <u>sin lesiones físicas ni psicológicas</u>ⁱⁱ INCIDENTE Incidente por AGRESIÓN (interna o externa)

DATOS PERSONALES Y DEL PUESTO DE TRABAJO			
Nombre y apellidos		Edad:	Sexo: Mujer Hombre
Teléfono	Mail		
Centro de trabajo		Teléfono del centro	
Unidad administrativa			
Puesto de trabajo		Situación laboral: Fijo Temporal	Antigüedad:
Regimen de aseguramiento: Seguridad Social MUFACE Montepío			

DATOS DEL SUCESO (INCIDENTE / ACCIDENTE / AGRESIÓN)			
Fecha del suceso: (dd/mm/aaaa)	Día de la semana L M X J V	Hora del día (0-24)	Hora de trabajo (1ª, 2ª...)
Lugar del suceso: - Centro habitual - Fuera del centro (otro centro, desplazamiento por itinerancia...) - Al ir o volver del trabajo (in itinere)			
En caso de lesión cumplimentar:			
Parte del cuerpo lesionada		Descripción de la lesión	
Requiere atención sanitaria:	Si No	Lugar en el que se le atendió	
Ha causado baja laboral (IT):	Si No	Recaída: Si No	Fecha de baja/recaída:
En caso de daños materiales, descríbalos:			
Indique si hubo testigos (nombre y apellidos)			

Cumplimentar <u>únicamente</u> si se trata de AGRESIÓN (con o sin lesiones) :			
Tipo de agresión:	Insultos	Amenazas	Violencia física
La agresión proviene de:	Alumnado	Familiares	Compañeros/as Otros
La persona solicita:	Asesoramiento jurídico		Apoyo psicológico

Cumplimentar <u>en todos los casos</u> :
<p>Descripción del suceso (tareas que realizaba, qué pasó y cómo) y describa las posibles causas (¿Por qué ocurrió?) (puede apoyarse en la tabla de causas del anexo II del Procedimiento de Investigación de Incidentes y Accidentes de trabajo).</p> <p>Si se trata de una agresión, relate lo ocurrido cronológicamente: antecedentes (momentos anteriores), hecho violento (conducta de la persona agresora), desenlace (reacciones del trabajador y su entorno).</p>

--

Cumplimentar en todos los casos:

ACCIONES CORRECTORAS PROPUESTAS

Medidas a adoptar	Responsable	Fecha de realización prevista

Firmas y documentación adjunta:

Realizado por (nombre y apellidos) Fecha y firma:	V.B. Responsable del centro o Unidad Administrativa Fecha y firma
--	--

Documentación que se adjunta:

Croquis del suceso: Fotografías: Partes médicos: Otros :

Según lo previsto en la ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y el Decreto Foral 20/2019, de 6 de marzo, por el que se aprueba la política de protección de datos y seguridad de la información le informamos que los datos personales facilitados por usted al personal de la Sección de Prevención de Riesgos Laborales para el Departamento de Educación figuran en un fichero automatizado de datos, al objeto exclusivo de mantener un registro de datos relativos a la salud y seguridad de los empleados públicos, conocer la exposición a factores de riesgo laboral y la situación de salud de los empleados públicos, realizar estudios y elaborar estadísticas y servir de base para implementar los programas sobre prevención de riesgos laborales. Usted puede, conforme al Reglamento General de Protección de Datos, ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión u oposición ante el Delegado de Protección de Datos del ISPLN (dpd.salud@navarra.es) y, en última instancia, en la [Agencia Española de Protección de Datos](http://www.agencia.es).

Usted no está obligado a responder a todas las preguntas que se le formulan en los cuestionarios, aunque su negativa a proporcionar la información solicitada puede restar eficacia tanto a la evaluación de los factores de riesgo que puedan afectar a su salud y su seguridad personal en el trabajo como a la implantación de las medidas de carácter preventivo a adoptar para la corrección o la eliminación de riesgos.

ⁱ En caso de **suceso con lesiones físicas y/o psicológicas**, una vez cumplimentado este documento y con el V.B. del responsable del Centro de trabajo o Unidad Administrativa del trabajador accidentado, remitirlo al Sección de Seguros Sociales (servicio de Recursos Económicos) e-mail: seccion.seguros.sociales@navarra.es Telf: 848 426526 y a la Sección de Prevención de Riesgos Laborales para el Departamento de Educación e-mail seccion.prevencion.educacion@navarra.es

ⁱⁱ En caso de **suceso sin lesiones físicas ni psicológicas**, una vez cumplimentado este documento y con el V.B. del responsable del Centro de trabajo o Unidad Administrativa del trabajador accidentado, remitirlo únicamente a la Sección de Prevención de Riesgos Laborales para el Departamento de Educación e-mail seccion.prevencion.educacion@navarra.es

En caso de tener alguna duda llamar al telf: 848 423769 / 848 423728 / 848426585 (SCPRL Educación).