

ANEXO I DEL PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO
Investigación de Accidentes de Trabajo e Incidentes

Según lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados por usted al personal de la Sección de Prevención de Riesgos Laborales del 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 del Servicio de Prevención del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra. Igualmente le informamos que sus datos personales disponen de medidas de seguridad de nivel alto y no son, ni serán, en ningún caso, suministrados a terceros.

Usted no está obligado a responder a todas las preguntas que se le formulen 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.

Usted puede ejercitar en cualquier momento su derecho de acceder, rectificar y, en su caso, oponerse o cancelar sus datos, indicando la operación a realizar ante el Servicio de Recursos Humanos del Departamento de Educación, responsable del fichero, en la siguiente dirección: Calle Santo Domingo, número 8 – 31001 Pamplona (Navarra). Teléfono 848 426 517 Fax 848 426 409.

DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO O INCIDENTE

Accidente CON baja Accidente SIN baja Incidente

Datos del centro de trabajo

Centro de trabajo:

Unidad administrativa:

Datos del accidentado

Puesto de trabajo:

Nombre y apellidos:

Edad:

Antigüedad en el puesto (*meses*):

Régimen de Aseguramiento: Seguridad Social MUFACE Montepío

Circunstancias del accidente de trabajo / incidente

Fecha del accidente:

Día de la semana:

Hora del accidente (*1a 24*):

Hora de trabajo (*1ª, 2ª, etc.*):

Lugar del accidente (*especificar la dirección*)

- Centro habitual de trabajo:
 Fuera del centro de trabajo:
 Al ir o volver del trabajo (*In Itinere*):

Testigos (*en caso afirmativo, nombres y apellidos*):

Descripción de daños o lesiones personales

Sin lesiones personales

Parte del cuerpo lesionada:

Descripción de la lesión:

Daños materiales

En caso de que los hubiera, descríbalos:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE O INCIDENTE

La descripción del accidente debe dar respuesta a las preguntas ¿qué ocurrió? y ¿cómo ocurrió?

Describa el accidente (*tareas que realizaba, qué pasó y cómo*):

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)

VALORACIÓN DE LOS HECHOS

La probabilidad de repetición del hecho se considera:

Baja

Media

Alta

La gravedad que pudo haber tenido se considera:

Ligeramente dañino

Dañino

Extremadamente dañino

ACCIONES CORRECTORAS PROPUESTAS

Medidas a adoptar	Responsable	Fecha de realización prevista
-		
-		
-		
-		
-		

Realizado por (nombre y apellidos):

Fecha y firma:

Vº Bº Responsable Centro de Trabajo o Unidad administrativa:

Fecha y firma:

Documentación que se adjunta:

Croquis del suceso

Fotografías

Partes médicos

Otros:

Una vez cumplimentado este documento y con el Vº Bº del responsable del Centro de trabajo o Unidad administrativa del trabajador accidentado, remitirlo al Negociado de Seguros Sociales (Servicio de Recursos Económicos) e-mail: negociado.seguros.sociales@navarra.es - Telf.: 848 426 526

En caso de tener alguna duda al cumplimentar el documento, llame al Telf.: 848 423 728 (Sección de Prevención de Riesgos Laborales del Dpto. de Educación).