|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MARQUEU EL REQUADRE CORRESPONENT** | | |
| Accident  Incident  Malaltia professional | | |
| L’incident ha provocat la baixa laboral?  Sí  No | | |
| **DADES BÀSIQUES** | | |
| Nom i cognoms/Correu electrònic: | | |
| Data de l’accident/incident/malaltia professional | | Hora: |
| Lloc de l’accident/incident/malaltia professional (edifici, espai, unitat, entitat): | | |
| Nom del responsable de l’activitat: | | |
| Testimonis (nom i correu electrònic): | | |
| **MATERIAL UTILITZAT** | | |
| S’ha utilitzat algun material de la farmaciola?  Sí  No  En cas afirmatiu indiqueu quin?:  Si s’ha utilitzat algun altre material d’auxili com l’extintor, el renta ulls, la dutxa, la manta ignifuga, altres. Especifiqueu: | | |
| **DESCRIPCIÓ DELS FETS** | | |
|  | | |
| **PROPOSTA DE CAUSES** | | |
|  | | |
| **PROPOSTA DE MESURES CORRECTORES** | | |
|  | | |
| **PLA D’EMERGÈNCIA DE L’ACTIVITAT** | | |
| S’ha activat el pla d’emergència? SÍ  NO  N/A | | |
|  | | |
| Signatura del responsable de l’activitat implicat i de qui realitza el registre (si no és la mateixa persona)  Nom i Cognoms: | Signatura de l’accidentat i/o testimoni:  Nom i Cognoms: | |