|  |
| --- |
| **MARQUEU EL REQUADRE CORRESPONENT** |
|  [ ]  Accident [ ]  Incident [ ]  Malaltia professional |
| L’accident ha provocat la baixa laboral? [ ]  Sí [ ]  No |
| **DADES BÀSIQUES** |
| Nom i cognoms/Correu electrònic:       |
| Data de l’accident/incident/malaltia professional: *Seleccionar data* | 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 [ ]  NoEn 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 CORRECTIVES** |
|       |
| **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:       |

|  |
| --- |
| **CONTROL DEL CANVIS** |
| **Data** | **Revisió** | **Modificacions** |
| 18-03-24 | 00 | Creació del document |
|  |  |  |