



NOTIFICACION DE ACCIDENTES/INCIDENTES

Completar el formulario y entregar a la COMISION de SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL EN UN PLAZO MÁXIMO DE 24 HORAS HABILES DESPUES DE OCURRIDO EL ACCIDENTE O INCIDENTE (personalmente o por e-mail: cssoiiibce@iibce.edu.uy)

ACCIDENTE

INCIDENTE

FECHA: / /

HORA

LUGAR:

NOMBRE DEL ACCIDENTADO:

ACTIVIDAD:

SUPERVISOR:

TESTIGOS:

DESCRIPCIÓN PRIMARIA DEL ACCIDENTE/INCIDENTE:

DESCRIPCIÓN PRIMARIA DE LA LESIÓN:

ASISTENCIA:

BOTIQUIN EMERGENCIA UNO DOMICILIO PARTICULAR

CENTRO ASISTENCIAL

CONSECUENCIAS MATERIALES:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE COMPLETÓ EL FORMULARIO:

FECHA: / /

FIRMA _____