



**Modelo II**

**Comunicación de accidentes de tráfico sin daños para la salud ocurridos durante la circulación al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales**

Se remitirá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales en el plazo máximo de diez días hábiles posteriores al día del accidente.

**DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA A LA QUE PERTENEZCA EL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO OFICIAL O POR EL CONDUCTOR DEL VEHÍCULO PARTICULAR EN SU CASO**

1. Datos del conductor	Nombre y Apellidos:		Teléfono:	
	Consejería/OOAA:		Centro de trabajo:	
	Dirección General:	Servicio:		Puesto de trabajo:
2. Lugar del accidente	Lugar del-accidente: (dirección, localidad)			
	En desplazamientos en su jornada laboral:		Al ir o al volver del trabajo, "in itinere": IDA / VUELTA	
3. Datos vehículo	Tipo de vehículo:		Oficial o particular:	
	Marca y modelo:		Matrícula:	
4. Datos del accidente	Fecha del-accidente:	Hora del-accidente (1-24 H):		Hora de trabajo (1ª, 2ª,...):
	Descripción del-accidente:			
	Testigos del-accidente:	Indicar nombres, apellidos y teléfono:		
	SI / NO			

(Rellenar en caso de tratarse de un vehículo oficial) Esta comunicación es extendida por:  
 D/Dª.....  
 en categoría de:.....  
 .....Teléfono de contacto .....

Fdo.: \_\_\_\_\_