



**NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE/INCIDENTE EN PRÁCTICAS DE ODONTOLOGÍA**

(Esta notificación debe remitirse tanto si el accidente causa baja laboral como si no)

APELLIDOS:		NOMBRE:	
D.N.I.:	LUGAR (laboratorio o clínica nº):		
CENTRO: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA		ASIGNATURA:	
Teléfono de la Facultad: 958 243 812	Nº de Seguridad Social:	Nº Muface:	
Seguro Escolar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Accidente biológico:		Sí <input type="checkbox"/>	Horas que llevaba trabajando:
Fecha del accidente:	Hora del accidente:	Causa baja No <input type="checkbox"/>	

**DESCRIPCION DEL ACCIDENTE//INCIDENTE: (no rellene los espacios sombreados)**

- ¿Dónde se produce?:  **"In itinere"** (trayecto hacia o desde el domicilio a la Facultad de Odontología)

**Indique dirección exacta:** \_\_\_\_\_

En la Facultad de Odontología.

Fuera de la Facultad de Odontología. **"In misión"**

**Indique Dirección exacta:** \_\_\_\_\_

- ¿Realizaba alguna tarea relacionada con su actividad habitual? Si es así. Indique cuál:

\_\_\_\_\_

- ¿Agente material causante del accidente?: (sustancia, herramienta, maquinaria, etc...). Código:

¿Cómo se ha producido?: Código:

- Parte del cuerpo lesionada: Código:

- Tipo de Lesión: Código:

-¿Había alguna persona testigo? (cite alguna)

- Describa brevemente el accidente:

- Observaciones: \_\_\_\_\_

EL/LA PROFESOR/A RESPONSABLE  
NOMBRE Y FIRMA

EL/LA ALUMNO/A AFECTADO/A  
FIRMA

**SR. DIRECTOR DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES**

Sus datos personales recogidos en el presente documento serán tratados por la Universidad de Granada con fines relacionados con su seguridad y salud. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Universidad de Granada acorde con lo establecido en el art. 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.