



ANEXO III:
**COMUNICACIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO / INCIDENTE A LA
AUTORIDAD PORTUARIA DE SANTANDER**

DATOS GENERALES

Fecha: Centro de trabajo: Puerto de Santander

Empresa informante:

Dirección:

Representante de la empresa informante:

D.N.I.:

Tfn.:

Fax:

e-mail:

Empresa receptora: Autoridad Portuaria de Santander

Dirección: Muelle de Maliaño, s/n – 39009 Santander (Cantabria).

C.I.F.: Q – 3967003 - I

Tfn.: 942 203 617

Fax: 942 203 636

DATOS DEL ACCIDENTE / INCIDENTE

Centro de trabajo:

Nombre del accidentado:

Apellidos:

Fecha del accidente / incidente:

Turno de trabajo:

Hora:

Sección:

Categoría profesional:

Lugar en que se produjo:

Testigo/s del suceso:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE / INCIDENTE

CAUSAS DEL ACCIDENTE / INCIDENTE

MEDIDAS PROPUESTAS

D. / Dña. con D.N.I. en calidad de representante de la empresa, viene a dar cumplimiento de lo establecido en el Real Decreto 171/2004 de desarrollo del artículo 24 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, informando del accidente / incidente grave o muy grave, ocurrido en este centro de trabajo, en un plazo máximo de 12 horas al Secretario del C.C.C.A.P.P.S.

Santander, a ... de de 20....

POR LA AUTORIDAD PORTUARIA DE SANTANDER

POR LA EMPRESA CONCURRENTE

RECIBÍ:

Fdo.:

Fdo.: