

**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_ N° Seguridad Social \_\_\_\_\_

Con domicilio en C/: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Telf. \_\_\_\_\_

Correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo \_\_\_\_\_ Servicio/Unidad de Trabajo \_\_\_\_\_

Categoría Profesional \_\_\_\_\_

**Descripción del Accidente**

Lugar, fecha y hora: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dónde, Cómo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Causas atribuidas al accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testigos que lo presenciaron: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOLICITO**  
**Que se reconozca como accidente de trabajo**  
**Granada** \_\_\_\_\_

Fdo.- \_\_\_\_\_

**SR. DIRECTOR GERENTE**  
**HOSPITAL UNIVERSITARIO “VIRGEN DE LAS NIEVES”**