

PROCEDIMIENTO DECLARACIÓN ACCIDENTE DE TRABAJO

1.- Ocurrida una contingencia que pueda ser considerada como accidente de trabajo, el trabajador afectado acudirá inmediatamente al Servicio de Urgencias o de Medicina Preventiva al objeto de obtener un diagnóstico sobre las lesiones que pueda haber sufrido.

2.- Cumplimentará por sí mismo, o por persona en su nombre si estuviese incapacitado, el modelo que se adjunta como Anexo I, procurando ser lo más preciso posible en la exposición de lo ocurrido. Deberá también poner en conocimiento de su Cargo Intermedio o responsable inmediato los hechos acaecidos y, en su caso, la identificación de los testigos que los hubieran presenciado.

3.- Una vez conocidas todas las circunstancias de lo ocurrido, el Cargo Intermedio deberá cumplimentar el modelo que se adjunta como Anexo II. A efectos de aclaración de lo sucedido, podrá ser citado en la Subdirección de Recursos Humanos y/o en el Servicio de Salud Laboral.

4.- Una vez cumplimentados ambos Anexos en todos sus apartados, se deberán presentar, en un plazo máximo de 72 horas desde que ocurrió la contingencia, en la Unidad de Atención al Profesional - Salud Laboral (Edificio de Gobierno 2ª planta), junto con el original del parte de asistencia en el Servicio de Urgencias o en Medicina Preventiva.

5.- En función de lo expuesto tanto por el trabajador como por el Cargo Intermedio, en su caso, el Servicio de Salud Laboral cumplimentará y tramitará ante el I.N.S.S. el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo.

6.- Si las lesiones sufridas obligan al afectado a suspender temporalmente su trabajo, y a la vez que el trámite anterior, por el Servicio de Salud Laboral se cumplimentará el documento que se acompaña como Anexo III, dirigido al médico de cabecera del accidentado para que, por aquel, se expida el correspondiente parte de baja por accidente de trabajo.

7.- Una vez reconocida la contingencia como accidente de trabajo, se comunicará a la Unidad de Prevención de Riesgos Laborales para que por ésta se elabore informe al respecto en el que constarán los hechos, condicionantes (materiales, personales, ambientales, organizacionales, etc...), y medidas a adoptar para evitar en lo posible que sucesos iguales o parecidos vuelvan a ocurrir.

8.- En caso de que no existan razones objetivas que permitan la acreditación suficiente de lo ocurrido como accidente de trabajo, o en caso de efectuar la tramitación de la solicitud fuera del plazo establecido en el apartado 4, el trabajador afectado deberá cumplimentar el modelo que se adjunta como Anexo IV, para que sea el Equipo de Valoración de Incapacidades de la Dirección Provincial del I.N.S.S. quien dictamine al respecto, como órgano competente para la calificación de las contingencias laborales.

9.- En este supuesto, la baja por Incapacidad Temporal, en su caso, será cumplimentada y expedida por enfermedad común hasta tanto se califique la contingencia como accidente laboral.

10.- Si el Equipo de Valoración de Incapacidades decide reconocer la contingencia como accidente de trabajo, por el Servicio de Salud Laboral se procederá a confeccionar y tramitar el correspondiente Parte de Accidente de Trabajo y, si el afectado está o hubiera estado de baja por I.T., instar ante su médico de cabecera el cambio de consideración del motivo de ésta, de tal forma que la baja por enfermedad común se cambie a baja por accidente laboral.

11.- Si el Equipo de Valoración de Incapacidades decide no reconocer la contingencia como accidente de trabajo, el afectado puede optar por acudir ante la jurisdicción social. Dependiendo de la decisión de esta instancia, las actuaciones del Servicio de Salud laboral, en caso de sentencia a favor del afectado, serán las mismas que las expuestas en el apartado anterior.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Apellidos _____ Nombre _____ DNI _____

Nº de Seguridad Social _____ Con domicilio en C/: _____

Nº _____ Localidad _____ Provincia _____ CP _____ Telf. _____

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 me reconozca como accidente de trabajo
Granada _____

Fdo.- _____

INFORME DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Don/Doña: _____

como mando intermedio responsable de la Unidad de _____

del Centro _____

**INFORMA
que**

el/la trabajador/a _____

con la Categoría Profesional de _____

REFIERE:

haber sufrido un accidente laboral producido en: _____

en la fecha _____ **, a las** _____ **horas**

motivado por _____

y con los síntomas siguientes _____

Efectuadas las comprobaciones oportunas, este mando intermedio concluye:

Carece de información suficiente para emitir informe.

Confirma lo expuesto por el trabajador.

Se incorporan las siguientes matizaciones: _____

Granada, a ____ de _____ de 200__

Fdo.- _____