

## INFORMACIÓ MENSUAL D'ACCIDENTS

(Ordre Ministerial de 13 de setembre de 1985 per la qual s'aprova la ITC 03.1.01)

**Mes que es comunica:**                      **Any:**                      **S'ha produït cap accident?**                      SI                      NO

### EMPRESA

Representant:

NIF:

Empresa:

NIF:

Domicili:

Població:

CP:

Telèfon:

### DESCRIPCIÓ ACCIDENT *(Inclou accidents corresponents a treballs subcontractats)*

Explotació minera de l'accident:

Núm.:

Data accident:

Causa:

### TREBALLADORS ACCIDENTATS QUE HAN CAUSAT BAIXA *(Inclou treballadors corresponents a treballs subcontractats)*

#### Treballador accidentat 1

Nom:

NIF:

Lloc de feina:

Qualificació mèdica:

Tipus de lesions:

#### Treballador accidentat 2

Nom:

NIF:

Lloc de feina:

Qualificació mèdica:

Tipus de lesions:

El responsable de l'explotació minera comunica les dades de l'accident produït a l'esmentada explotació minera, de conformitat amb el que disposa l'apartat 2 de la I.T.C. 03.1.01 del Reglament General de normes bàsiques de seguretat minera, sobre informació periòdica d'accidents.

A més, el sotafirmant declara la veracitat de les dades anteriors, requerides per la normativa vigent, i la possibilitat d'acreditar-les documentalment davant l'Administració quan l'hi requereixi.

, a                      d                      de 20

(firma)

**UNITAT D'INFORMACIÓ I TRÀMIT (UDIT)**