

INFORMACIÓ TRIMESTRAL D'ACCIDENTS

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

Trimestre que es comunica:

Any:

S'ha produït cap accident?

SI

NO

EMPRESA

Representant:

NIF:

Empresa:

NIF:

Domicili:

Població:

CP:

Telèfon:

EXPLOTACIÓ MINERA

Nom:

Núm.:

PERSONAL DEL CENTRE DE TREBALL

Núm. personal de l'empresa

Núm. personal subcontractat

Número total de personal

Núm. personal d'exterior

Núm. personal d'interior

NÚMERO D'HORES

Núm. hores ordinàries

Núm. hores extraordinàries

Número total d'hores treballades

Núm. total d'hores perdudes
per incapacitat temporal o
permanent (*declarades en el mateix
acord amb el barem reglamentari*)

TREBALLADORS ACCIDENTATS QUE HAN CAUSAT BAIXA

Nom	Data accident	Duració baixa	Qualificació mèdica

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)