



<http://www.usitep.es> • usitep@usitep.es

**Unión Sindical Independiente de
Trabajadores - Empleados Públicos**

C/ Bravo Murillo 39 (E), Escalera 50

Local sindical - 28015 Madrid

Teléfono 91 594 55 60 - Fax 91 593 80 77

Enero de 2012

ACTUACIÓN EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

En primer lugar, una vez producida la lesión del accidente de trabajo, el empleado público lo comunicará al responsable inmediato de su centro de trabajo, quien le entregará el documento de asistencia P10/3 por triplicado.

Simultáneamente, la dirección del centro de trabajo efectuará las notificaciones administrativas que la normativa vigente establece para los supuestos de accidente de trabajo y a los que se accede desde la aplicación SIRIUS, opción Incapacidad Temporal.

En segundo lugar, el empleado público acudirá al centro de urgencia más próximo (ver servicios de urgencia) para recibir exclusivamente asistencia médica, no siendo necesaria la presentación de los documentos anteriormente citados.

En tercer lugar, el empleado público deberá acudir a los Servicios Médicos de las Oficinas de la Pza. Conde del Valle de Suchil 20, 1ª planta o al Servicio Médico de Empresa, si lo hubiese, en donde deberá presentar el documento de asistencia (P10/3), para poder realizar los trámites de la baja laboral y para comenzar con el seguimiento de su patología.

Finalmente, si la lesión diagnosticada en la urgencia es una lesión leve que no precisa de una baja médica pero que, sin embargo, sí requiera un tratamiento o algún tipo de seguimiento por parte un especialista, el empleado público no necesitará disponer de un volante para acudir a cualquiera de dichos facultativos especialistas del Cuadro Médico.



Unión Sindical Independiente de Trabajadores - Empleados Públicos

C/ Bravo Murillo 39, Escalera 50 (E), Local sindical - 28015 Madrid, Teléfono 91 594 55 60 - Fax 91 593 80 77



Comunidad de Madrid

UNIDAD DE PRESTACIONES ASISTENCIALES
Silva, 1



PARTE DE ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE

Empresa:	/	Nº inscripción a la S.S.:
Domicilio:		Localidad:

ROGAMOS PRESTE ASISTENCIA SANITARIA AL TRABAJADOR DE ESTA EMPRESA:

Nombre y apellidos del trabajador accidentado:	Nº afiliación Seguridad Social:
Domicilio del trabajador:	Localidad:

QUE HA SUFRIDO UN ACCIDENTE DE TRABAJO A LAS:

Hora:	HORAS DEL DÍA	Fecha del accidente	CUANDO REALIZABA LAS TAREAS
Tareas que realizaba en el centro de trabajo al sufrir el accidente			
Naturaleza de las lesiones:			

A efectos del **RÉGIMEN DE ACCIDENTES DE TRABAJO** esta empresa esta incluida en:

U.P.A.M.	Provincia:
-----------------	------------

Lugar y fecha:

(Firma y sello de la empresa)

P. 005

Servicios Sanitarios de la Seguridad Social	Entidad sanitaria o médico a quien se cursa el Parte:
----------------------------------------------------	-------------------------------------------------------