



UNIVERSIDAD DE BURGOS

COMUNICACIÓN DE PRESTACIÓN DE ASISTENCIA POR ACCIDENTE LABORAL

DATOS DEL EMPLEADO PÚBLICO:

Nombre y apellidos		
Teléfono de contacto		

UBICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO:

Centro	<input type="checkbox"/> Facultad de Ciencias <input type="checkbox"/> Facultad de Humanidades <input type="checkbox"/> Facultad de Derecho <input type="checkbox"/> Facultad de CC.EE y Empresariales <input type="checkbox"/> Escuela Politécnica Superior: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Biblioteca Universitaria <input type="checkbox"/> Edificio de Administración y servicios <input type="checkbox"/> Polideportivo Universitario <input type="checkbox"/> Parque Científico-Tecnológico <input type="checkbox"/> Edificio Antiguo Hospital Militar <input type="checkbox"/> Complejo residencial Miguel Delibes
Departamento/Servicio	
Área	
Otros	

VINCULACIÓN CON LA UNIVERSIDAD

<input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> PDI
--

BREVE DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

--

Burgos, a ____ de _____ de 20

Fdo. _____