

APÉNDICE 3 AL ANEXO 1

AVISO DE ACCIDENTE MORTAL

SEÑOR GERENTE GENERAL DE LA AUTORIDAD PORTUARIA
NACIONAL

RAZON SOCIAL: _____

REPRESENTANTE: _____ DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

DOMICILIO PRINCIPAL: _____

RUC: _____ TELEFONOS: _____

COMUNICO A USTED EL SIGUIENTE ACCIDENTE FATAL:

DATOS GENERALES DE LA VICTIMA:

1.- APELLIDOS Y NOMBRES:

2.- OCUPACIÓN:

3.- EDAD:

4.- TIEMPO DE SERVICIOS:

5.- FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE:

6.- LUGAR DEL ACCIDENTE:

7.- FORMA DEL ACCIDENTE:

8.- AGENTE CAUSANTE:

9.- CIRCUNSTANCIAS:

APÉNDICE 4 AL ANEXO 1
AVISO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

CÓDIGO DEL TRABAJADOR
PORTUARIO ACCIDENTADO

1 DATOS DEL TRABAJADOR										
APELLIDOS Y NOMBRES:										
DOMICILIO:										
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CATEGORÍA DEL TRABAJADOR	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO						EDAD	GÉNERO	
		AÑOS		MESES		DÍAS				
									M	F
2.1 DATOS DEL EMPLEADOR										
RAZON SOCIAL										
DOMICILIO PRINCIPAL										
RUC						TELÉFONO(S)				
2.2 DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE)										
RAZON SOCIAL										
DOMICILIO PRINCIPAL										
RUC						TELÉFONO(S)				
3 DATOS DEL ACCIDENTE DE TRABAJO										
FECHA (DD/MM/AA)	/ /	HORA:		TURNO: I DE:		A:				
LUGAR DEL ACCIDENTE										
LABOR QUE REALIZABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE:										
DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE :										
TESTIGO DEL ACCIDENTE:						DNI:				
FORMA DEL ACCIDENTE :						AGENTE CAUSANTE:				
DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA, SUJETANDOME A LA VERIFICACION POSTERIOR DE LA MISMA						ADMISIÓN DEL CENTRO ASISTENCIAL				
Apellidos, Nombres y Firma de la Persona que condujo al accidentado						Fecha, Firma y Sello de Recepción				
4 CERTIFICACIÓN MÉDICA										
CENTRO ASISTENCIAL:										
FECHA DE INGRESO (DD/MM/AA):						HORA DE INGRESO:				
PARTE DEL CUERPO AFECTADO:						TIPO DE LESIÓN:				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL										
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO TRATANTE		Nº DE CMP:								
						Firma del Médico Tratante				

APÉNDICE 5 AL ANEXO 1

AVISO DE INCIDENTE PELIGROSO

1 DATOS DEL EMPLEADOR					
RAZÓN SOCIAL					
DOMICILIO PRINCIPAL					
RUC		Nº TRABAJADORES		TELÉFONO	
2.2 DATOS DE LA EMPRESA USUARIA (DONDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE)					
RAZÓN SOCIAL					
DOMICILIO PRINCIPAL					
RUC		Nº TRABAJADORES		TELÉFONO	
3 DATOS DEL INCIDENTE PELIGROSO					
FECHA (DD/MM/AA):	/ /	HORA:		TURNO: I DE:	A:
LUGAR DEL INCIDENTE PELIGROSO:					
TIPO DE INCIDENTE PELIGROSO:					
CIRCUNSTANCIA EN QUE SE PRODUJO EL INCIDENTE PELIGROSO:					
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE PELIGROSO:					
TESTIGO DEL INCIDENTE PELIGROSO:				DNI:	
				DECLARO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERDADERA, SUJETÁNDOME A LA VERIFICACIÓN POSTERIOR DE LA MISMA	
				Firma del Médico Tratante	