

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE, INCIDENTE OU ACONTECIMENTO PERIGOSO

(Cfr. Anexo I ao DL 503/99, de 20 de Novembro)

Proc. Nº

QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESAS

Face aos elementos constantes da participação e aos fornecidos pelo competente serviço de saúde _____

qualifico como acidente em serviço o ocorrido em e autorizo as despesas dele resultantes.

_____, ____/____/____

A entidade empregadora,

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO

Designação Agrupamento de Escolas de Montelongo _____

Morada Parque da Cidade _____ Cod. Postal - **Fafe**

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____ Tel. Fax

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. Nº. Cont. Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal Localidade _____ Tel.

Funcionário agente , com a categoria _____

IBAN CGA Nº

Acidente

Incidente

Acontecimento perigoso

Data

Hora: h m

Local _____

Circunstâncias da ocorrência:

TESTEMUNHAS (Indicação não obrigatória) _____

Data ____/____/____

O DECLARANTE _____

O SUPERIOR HIERÁRQUICO _____

Data ____/____/____