QUALIFICAÇÃO E DESPACHO AUTORIZADOR DE DESPESA

PARTICIPAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DO ACIDENTE DE TRABALHO (*)

(Anexo I ao DL 503/99, de 20 novembro)

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

_____

qualifico como acidente de trabalho ocorrido em ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ e autorizo as despesas dele resultantes.

Albergaria-a-Velha, _____/ _____/ _____

A entidade empregadora,

_____

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO OU ORGANISMO

Designação: **Município de Albergaria-a-Velha – Agrupamento de Escolas da Branca**

Morada: **Rua do Barro Branco nº2, 3850-564 Branca ALB**

Estabelecimento onde o trabalhador exerce funções _____

_____ Tel: **234 540 070** Fax: **234 540 071**

IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR

Nome _____

Data Nasc. ☐☐ ☐☐ ☐☐ Cont. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nacionalidade _____

Morada _____

Cód. Postal ☐☐☐☐☐☐☐☐ Localidade _____ Tel. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nomeado ☐ Contratado ☐ Comissão de serviço ☐

com a categoria/cargo _____

(*) Deve ser utilizado para participação do incidente e do acontecimento perigoso

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

Acidente ☐ Incidente ☐ Acontecimento perigoso ☐

Data ☐☐ ☐☐ ☐☐ Hora: ☐☐ h ☐☐ m

Local _____

Circunstâncias da ocorrência:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

TESTEMUNHAS (Indicação não obrigatória) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data _____/ _____/ _____ O DECLARANTE _____

O SUPERIOR HIERÁRQUICO _____ Data _____/ _____/ _____