

		Formato			F.SST. 041	
		MANIFESTACIÓN ACCIDENTE / INCIDENTE DE TRABAJO			Página 1 de 1	
					Rev.: 00	
Accidente ()		Incidente Peligroso ()		Incidente ()		
DATOS DEL MANIFESTANTE						
Nombres y Apellidos				Edad		
DNI		Celular		Puesto de trabajo		
Área / Departamento						
Jefe inmediato/Supervisor						
DATOS DEL EVENTO OCURRIDO						
Lugar del evento						
Fecha de ocurrido el evento						
Hora de ocurrido el evento						
DESCRIPCIÓN DEL EVENTO						
¿Cómo sucedió el accidente/incidente?						
¿Con qué herramienta / equipo se produjo la lesión?						
¿Usó el Equipo de Protección Personal de acuerdo a la actividad? Sí () No ()						
¿Cuáles?						
En caso sea, indicar el N° de HCL de la Fuente:						
Nombre del Manifestante				Fecha		Firma
Nombre del Receptor de la Manifestación				Fecha		Firma