

DECLARACIÓN DEL EMPLEADO

Empleador: _____

Departamento/División: _____

Nombre del Empleado: _____
Apellido Primer Inicial 2^{do} Nombre

Teléfono () _____

Dirección: _____
Calle Apto.

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento del Empleado: _____ No. de Seguro Social: _____

Fecha de Herida: _____ Hora: _____ a.m. _____ p.m. _____

INFORMACION DEL ACCIDENTE

Donde ocurrió la herida? _____

Describe la herida: _____

Parte del cuerpo herida: _____

Testigos? _____ Si _____ No

Nombre(s): _____

Título/Ocupación del Empleado: _____

Fecha reportada al Supervisor: _____ Nombre del Supervisor: _____

Trabajo que estaba haciendo al tiempo que ocurrió la herida: _____

Yo certifico que este es un reporte exacto y verdadero de las circunstancias que ocurrieron la fecha de mi herida declaradas arriba.

Firma del Empleado Herido: _____

Fecha de Firma: _____ Testigo: _____