|  |
| --- |
| Código procedimiento 1447 |
| **COMUNICACIÓN DE ACCIDENTES GRAVES O MORTALES.**  **INFORMACIÓN PERIÓDICA DE ACCIDENTES EN ACTIVIDADES MINERAS** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DATOS DEL TITULAR** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DNI/NIE/NIF: | | | Primer apellido: | | | | | Segundo apellido: | | | | | | | | Nombre: | | | | |
| NIF: | | | Razón social: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vía: | | | | | | | | | | | | | | Número: | | | | Piso: | | Puerta: |
| Portal: | Escalera: | | | km: | | | | | | Código Postal: | | | | | Provincia: | | | | | |
| Municipio: | | | | Localidad: | | | | | | | | | | | Teléfono: | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1. DATOS DEL REPRESENTANTE (+)** (sólo para empresas) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DNI/NIE: | |
| **2. DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o designación de la actividad/ derecho minero/ establecimiento de beneficio: | | | | | | | | | | | Número *(en su caso):* | | | | | | | | | |
| Paraje: | | | | | | | | | | | | Municipio: | | | | | | | | |
| **3. TIPO DE COMUNICACIÓN QUE REALIZA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.1. Información periódica de accidentes**    **Información Mensual de Accidentes (1)**  **Información trimestral de Accidentes (2)**  **Información anual de enfermedades profesionales (3)** | | | | | | | **3.2. Comunicación de accidente**    **ACCIDENTE GRAVE (4)**  **ACCIDENTE MORTAL (5)** | | | | | | | | | | | | | |
| **4. DATOS DEL ACCIDENTADO (4) (5)** *(cuando proceda)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha en que ha ocurrido (dd/mm/aaaa): | | | | | | Nombre y apellidos:  DNI/NIF:  Puesto de trabajo: | | | | | | | | | | | | | | |
| Hora en la que se ha producido (hh:mm): | | | | | |
| **4.1 EMPRESA A LA QUE PERTENECE EL ACCIDENTADO (4) (5)** *(cuando proceda)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | | | | | | | | | | | | NIF.: | | | | | | | |
| Vía: | | | | | | | | | Número: | | | | Piso: | | | | Puerta: | | | |
| Portal: | | Escalera: | | | Km: | | | | C.P. | | | | Provincia: | | | | | | | |
| Municipio: | | | | | Localidad: | | | | | | | | Teléfono: | | | | | | | |
| Breve descripción del accidente ocurrido, tareas desarrolladas por el trabajador en el momento del accidente; medidas de seguridad adoptadas: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. INFORMACIÓN PERIÓDICA DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES PROFESIONALES** *(Para accidentes leves)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(1)** En cumplimiento de la ITC 03.1.01 del reglamento general de normas básicas de seguridad minera, comunico que la relación de accidentados que han causado baja en el centro de trabajo, es el que se relaciona la Tabla I: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(2)** En cumplimiento de la ITC 03.1.01 del reglamento general de normas básicas de seguridad minera, comunico que los datos relativos a los accidentes ocurridos en el centro de trabajo, es el que se relaciona en la Tabla II: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(3)** En cumplimiento de la ITC 03.1.01 del reglamento general de normas de seguridad minera, comunico la relación anual de enfermedades profesionales en el centro de trabajo correspondientes al año 20 , es el que se relaciona en la Tabla III: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2.0\_\_  Firmado (titular o representante legal) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**SR/A DIRECTOR/A GENERAL DE ENERGIA Y ACTIVIDAD INDUSTRIAL Y MINERA**

*(+) En caso de representación, deberá incluir poderes acreditativos de la misma. Si ya se ha aportado con anterioridad será suficiente con que se indique el número de expediente. Núm. Expte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.*

**Autorización expresa de notificación electrónica** **[1]**

Marcar la opción para autorizar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal.

Autorizo a la Dirección General de Energía y Actividad Industrial y Minera a notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, las actuaciones que se deriven de la tramitación de esta solicitud.

A tal fin, me comprometo [2] a acceder periódicamente a través de mi certificado digital, DNI electrónico o de los sistemas de clave habilitados por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <https://sede.carm.es/> en el apartado notificaciones electrónicas de la carpeta del ciudadano, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones/>.

Asimismo, autorizo a la Dirección General de Energía y Actividad Industrial y Minera a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de un correo electrónico a la siguiente dirección de correo electrónico y/o siguiente número de teléfono móvil. Correo electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o en papel) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen) quienes por ley están obligados a ser notificados siempre electrónicamente. [2] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, una vez transcurridos 10 días naturales desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido realizada.

**CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679 y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Dirección General de Energía y Actividad Industrial y Minera, ubicada en la calle Nuevas Tecnologías, s/n 30005 Murcia, actúa como responsable del tratamiento de sus datos, en virtud del Real Decreto 863/1985, de 2 de abril, por el que se aprueba el Reglamento General de Normas Básicas de Seguridad Minera,regulador del procedimiento.

Los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este formulario y demás documentación que se adjunta, serán tratados para la prestación del servicio solicitado y se conservarán hasta el cumplimiento de los fines. Se tiene la posibilidad de ejercer los derechos establecidos en los artículos 15 a 22 del Reglamento (UE) 2016/679.

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad de los datos y oposición ante el responsable del tratamiento mediante el procedimiento que se indica en el enlace siguiente, asimismo, podrá dirigirse al delegado de protección de datos de la Inspección General de Servicios y a la Agencia Española de Protección de Datos a través de los mecanismos que también se indican en el siguiente enlace [*http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m*](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m)

**Tabla I**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN MENSUAL DE ACCIDENTES (1)** | | | | | |
| Nombre y Apellidos del trabajador | Puesto de trabajo | Fecha del Accidente  (dd/mm/aaaa) | Calificación  Médica | Causa del Accidente | Tipo de Lesiones |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Tabla II**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN TRIMESTRAL DE ACCIDENTES (2)** | | |
| Trimestre: | Año: | Número Total de Trabajadores en el Centro de Trabajo: |
| Número Total de horas trabajadas en el centro de trabajo (ordinarias y extraordinarias): | | |
| Número Total de Accidentados que han causado baja y su calificación | | |
| Número de trabajadores que han sufrido accidentes Leves: | | |
| Número de trabajadores que han sufrido accidentes Graves: | | |
| Número de trabajadores que han sufrido accidentes Mortales: | | |
| Número de horas perdidas por incapacidad | | |
| Horas perdidas por incapacidad temporal: | | |
| Horas perdidas por incapacidad permanente: | | |

**Tabla III**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN ANUAL DE ENFERMEDADES PROFESIONALES (3)** | | | |
| Nombre y Apellidos del trabajador | Puesto de trabajo | Clase de Enfermedad Profesional | Grado de la enfermedad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |