Fecha del incidente:

Lugar del incidente:

¿Se requirió evacuación? Si ( ) No ( )

Tipo de riesgo: ( ) Trivial o tolerable ( ) Moderado, considerable, intolerable

 ( ) Simulacro

Descripción del evento:

Identificación de la sustancia/residuo:

Cantidad y unidad de medida:

Equipo utilizado:

Se controló: Si\_\_ No\_\_

¿Como?:

Conclusiones:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elaboró:**Coordinación del Comité de Seguridad e Higiene | (Nombre y firma) | **Fecha:** |  |
|  |  |  |  |
| **Revisó:**Coordinación del Sistema de Gestión Integrado | (Nombre y firma) | **Fecha:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aprobó**Rector de la UPT | (Nombre y firma) | **Fecha:** |  |