



DECLARACIÓN DE UN TESTIGO

COMPLETE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO

Nombre del cliente de STAR HR que emplea al trabajador lesionado

Nombre del testigo: _____ Fecha de este informe: ____ / ____ / ____

Empleador del testigo: _____ Número de teléfono del testigo: _____

Nombre del trabajador lesionado: _____ Empleador del trabajador lesionado: _____

Fecha del incidente: ____ / ____ / ____ Hora del incidente: _____

Cliente donde ocurrió el incidente (solo para empresas de personal): _____

Dirección donde ocurrió el incidente: _____

¿Es pariente del trabajador lesionado? (circule uno) NO / SÍ Si la respuesta es "SÍ", indique su relación: _____

¿Cuánto tiempo hace que conoce al trabajador lesionado? _____

¿Viste realmente el incidente? _____

Explique, en detalle, lo que vio o sabe sobre este incidente: _____

Enumere los nombres de cualquier otra persona que pueda tener información sobre este incidente: _____

¿Hay alguna otra información que sepa que pueda ayudar a proporcionar una evaluación justa de este incidente?

Nombre en letra de imprenta: _____ Firma: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de la firma: ____ / ____ / ____

Al firmar este formulario, reconoce que comprende que cualquier persona que, a sabiendas, envíe información falsa o fraudulenta la información es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y / o confinamiento en una prisión estatal.

******DEBIDO DENTRO DE LAS 24 HORAS DEL ACCIDENTE******