



**muface**

|                               |                               |                          |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE |                               | REGISTRO DE PRESENTACIÓN |
| SERVICIO PROVINCIAL           |                               |                          |
| OFICINA DELEGADA              |                               |                          |
| CÓDIGO DEL EXPEDIENTE         | REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE |                          |

**PARTE DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVICIO**

|                                               |                                                            |                                                           |            |                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Comunicación inicial | <input type="checkbox"/> Modificación de un parte anterior | <input type="checkbox"/> Cancelación de un parte anterior | Referencia | <input type="text"/> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|----------------------|

|      |                                                                        |  |                            |                 |
|------|------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|-----------------|
| 1    | ÓRGANO DE PERSONAL QUE LO EMITE                                        |  |                            |                 |
| 1.1  | ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:                                                |  |                            |                 |
|      | <input type="checkbox"/> GENERAL DEL ESTADO                            |  |                            |                 |
|      | <input type="checkbox"/> COMUNIDAD AUTÓNOMA DE                         |  |                            |                 |
|      | <input type="checkbox"/> ENTIDAD LOCAL                                 |  |                            |                 |
|      | <input type="checkbox"/> OTRA (especificar)                            |  | UNIVERSIDADE DA CORUÑA UDC |                 |
| 1.2  | MINISTERIO/CONSEJERÍA                                                  |  |                            |                 |
| 1.3  | ORGANISMO PÚBLICO/SOCIEDAD MERCANTIL                                   |  |                            |                 |
| 1.4  | DELEGACIÓN, SUBDELEGACIÓN DE GOBIERNO                                  |  |                            |                 |
| 1.5  | DIRECCIÓN PROVINCIAL O TERRITORIAL                                     |  |                            |                 |
| 1.6  | OTRA INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA                                        |  |                            |                 |
| 1.7  | CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO                                         |  |                            |                 |
| 1.8  | TELÉFONO DE CONTACTO                                                   |  | 1.9                        | FAX DE CONTACTO |
| 1.10 | DENOMINACIÓN DEL PUESTO DEL FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EMITE EL PARTE |  |                            |                 |

|     |                                                         |                                 |   |          |     |                          |           |        |  |  |
|-----|---------------------------------------------------------|---------------------------------|---|----------|-----|--------------------------|-----------|--------|--|--|
| 2   | DATOS DEL MUTUALISTA ACCIDENTADO                        |                                 |   |          |     |                          |           |        |  |  |
| 2.1 | APELLIDOS                                               |                                 |   |          |     |                          |           |        |  |  |
| 2.2 | NOMBRE                                                  |                                 |   |          |     |                          | 2.3       | N.I.F. |  |  |
| 2.4 | GRUPO DE TITULACIÓN                                     |                                 |   |          | 2.5 | SITUACIÓN ADMINISTRATIVA |           |        |  |  |
| 2.6 | PUESTO DE TRABAJO                                       |                                 |   |          |     |                          |           |        |  |  |
|     | 2.6.1                                                   | DENOMINACIÓN                    |   |          |     |                          |           |        |  |  |
|     | 2.6.2                                                   | NIVEL DE COMPLEMENTO DE DESTINO |   |          |     |                          |           |        |  |  |
|     | 2.6.3                                                   | PRINCIPALES TAREAS O FUNCIONES  |   |          |     |                          |           |        |  |  |
| 2.7 | CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA DE QUE DEPENDE EL PUESTO |                                 |   |          |     |                          |           |        |  |  |
|     | 2.7.1                                                   | DENOMINACIÓN                    |   |          |     |                          |           |        |  |  |
|     | 2.7.2                                                   | DIRECCIÓN                       | c | )        |     |                          |           |        |  |  |
|     |                                                         | MUNICIPIO                       |   |          |     |                          | PROVINCIA |        |  |  |
|     |                                                         | CÓDIGO POSTAL                   |   | TELÉFONO |     |                          |           | FAX    |  |  |

|          |                                                                                                                                    |  |                                                                         |  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>3</b> | <b>CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (1/2)</b>                                                                                          |  |                                                                         |  |
| 3.1      | LUGAR EN QUE SE PRODUJO                                                                                                            |  |                                                                         |  |
|          | UBICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO                                                                                                    |  |                                                                         |  |
|          | EN UN DESPACHO O LUGAR PRÓXIMO DEL MISMO EDIFICIO<br>ESPECIFICAR DATOS DE UBICACIÓN: PLANTA, Nº DE DESPACHO, UNIDAD ORGÁNICA, etc. |  |                                                                         |  |
|          |                                                                                                                                    |  |                                                                         |  |
|          | EN LOS ACCESOS DEL EDIFICIO<br>(Detallar)                                                                                          |  |                                                                         |  |
|          | DURANTE UN DESPLAZAMIENTO EN COMISIÓN DE SERVICIO<br>(añadir, si procede, fecha de autorización de la orden de viaje)              |  | (Campo no obligatorio de rellenar, aunque se haya marcado este "lugar") |  |
|          | EN EL TRAYECTO AL O DESDE EL TRABAJO<br>ESPECIFICAR LOS DATOS DE UBICACIÓN                                                         |  |                                                                         |  |
|          | • CALLE/PLAZA/Nº                                                                                                                   |  |                                                                         |  |
|          | • CARRETERA/KM                                                                                                                     |  |                                                                         |  |
|          | • MEDIO DE TRANSPORTE                                                                                                              |  |                                                                         |  |
|          | VEHÍCULO PARTICULAR (MARCA, MODELO Y MATRÍCULA)                                                                                    |  |                                                                         |  |
|          | AUTOBUS: LÍNEA                                                                                                                     |  |                                                                         |  |
|          | METRO: LÍNEA                                                                                                                       |  | ESTACIÓN / TRAMO                                                        |  |
|          | TREN: LÍNEA                                                                                                                        |  | ESTACIÓN / TRAMO                                                        |  |
|          | OTRO/S<br>(especificar)                                                                                                            |  |                                                                         |  |

|          |                                                           |                                                                                      |             |                          |
|----------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|
| <b>3</b> | <b>CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (2/2)</b>                 |                                                                                      |             |                          |
| 3.2      | FECHA                                                     |                                                                                      | 3.3         | HORA                     |
| 3.4      | ACTIVIDAD QUE ESTABA REALIZANDO EL MUTUALISTA ACCIDENTADO |                                                                                      |             |                          |
|          |                                                           |                                                                                      |             |                          |
| 3.5      | POSIBLES CAUSAS:                                          |                                                                                      |             |                          |
|          | A)                                                        | LUGAR DE TRABAJO                                                                     |             |                          |
|          | B)                                                        | EQUIPOS TÉCNICOS,<br>MÁQUINAS, MOBILIARIO                                            |             |                          |
|          | C)                                                        | MATERIALES UTILIZADOS                                                                |             |                          |
|          | D)                                                        | OTRAS (especificar)                                                                  |             |                          |
| 3.6      | LESIONES O CONSECUENCIAS APRECIADAS INICIALMENTE          |                                                                                      |             |                          |
|          | 3.6.1                                                     | PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre) |             |                          |
|          |                                                           | Código                                                                               | Descripción |                          |
|          |                                                           |                                                                                      |             |                          |
|          | 3.6.2                                                     | DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)   |             |                          |
|          |                                                           | Código                                                                               | Descripción |                          |
|          |                                                           |                                                                                      |             |                          |
| 3.7      | CAUSO BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO                        |                                                                                      | SI          | <input type="checkbox"/> |
|          |                                                           |                                                                                      | NO          | <input type="checkbox"/> |