Enviar por correo electrónico | Imprimir formulario

¡Atención! Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar los campos, sitúe el puntero del ratón en los espacios correspondientes. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

MINISTERIO DE HACIENDA Y FUNCIÓN PÚBLICA

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

☐ Comunicación inicial ☐ Modificación de un parte anterior ☐ Cancelación de un parte anterior Referencia ¡Atención! Este

1	ÓRGANO DE PERSONAL QUE LO EMITE				
1.1	ADMINISTRACIÓN PÚBLICA:				
	☐ GENERAL DEL ESTADO				
	☒ COMUNIDAD AUTÓNOMA DE	GALICIA			
	☐ ENTIDAD LOCAL				
	☐ OTRA (especificar)				
1.2	MINISTERIO/CONSEJERÍA	CONSELLERÍA DE EDUCACIÓN			
1.3	ORGANISMO PÚBLICO/SOCIEDAD MERCANTIL				
1.4	DELEGACIÓN, SUBDELEGACIÓN DEL GOBIERNO				
1.5	DIRECCIÓN PROVINCIAL O TERRITORIAL	PONTEVEDRA			
1.6	OTRA INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA	CIFP VALENTIN PAZ ANDRADE			
1.7	CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO	cifp.paz.andrade@edu.xunta.gal			
1.8	TELÉFONO DE CONTACTO	886110857	1.9	FAX DE CONTACTO	
1.10	DENOMINACIÓN DEL PUESTO DEL FUNCIONARIO O AUTORIDAD QUE EMITE EL PARTE	DIRECTOR/A			

DPS-12002 (06/18)

LIMPIAR FORMULARIO

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 : DOCENTE						
	2.6.1	DENOMINACIÓN					
	2.6.2	NIVEL DE COMPLEMENTO DE DESTINO					
	2.6.3	PRINCIPALES TAREAS O FUNCIONES	DOCENCIA				
2.7	CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA DE QUE DEPENDE EL PUESTO						
	2.7.1	DENOMINACIÓN	CIFP VALENTIN PAZ ANDRADE				
	2.7.2	DIRECCIÓN	C	ESTRADA VELLA DE MADRID, 160			
	MUNICIPIO	VIGO		PROVINCIA	PONTEVEDRA		
	CÓDIGO POSTAL	36214	TELÉFONO	886110857	FAX		

DPS-12002 (06/18)

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (1/2)				
3.1	LUGAR EN QUE SE PRODUJO:				
	UBICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO				
	EN UN DESPACHO O LUGAR PRÓXIMO DEL MISMO EDIFICIO ESPECIFICAR DATOS DE UBICACIÓN: PLANTA, Nº DE DESPACHO, UNIDAD ORGÁNICA, etc.:				
	EN LOS ACCESOS DEL EDIFICIO (Detallar)				
	DURANTE UN DESPLAZAMIENTO EN COMISIÓN DE SERVICIO (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 ESPECIFICAR LOS DATOS DE UBICACIÓN:				
	• CALLE/PLAZA/ Nº				
	• CARRETERA/ KM.				
	• MEDIO DE TRANSPORTE				
	VEHÍCULO PARTICULAR (MARCA, MODELO Y MATRÍCULA)				
	AUTOBÚS : LíNEA				
	METRO : LÍNEA		ESTACIÓN / TRAMO		
	TREN : LÍNEA		ESTACIÓN / TRAMO		
	OTRO/S: (especificar)				

3	CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE (2/2)				
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, MÁQUINAS, MOBILIARIO			
	C)	MATERIALES UTILIZADOS			
	D)	OTRAS (especificar)			
3.6	LESIONES O CONSECUENCIAS APRECIADAS INICIALMENTE: (A cumplimentar por la Administración Pública)				
	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 7 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)			
		Código	Descripción		
3.7	CAUSÓ BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO:		SÍ ☐	NO ☐	

La Dirección del centro:

LIMPIAR FORMULARIO

Fdo.: Alfonso Silva Solla

DPS-12002 (06/18)