



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

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)		
1.2	MINISTERIO/CONSEJERÍA		
1.3	ORGANISMO PÚBLICO/SOCIEDAD MERCANTIL		
1.4	DELEGACIÓN, SUBDELEGACIÓN DEL 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		

DPS-12002 (06/18)

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

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, N° 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/ N°		
	• 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:			
	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)			
	3.6.1	Código	Descripción	
	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 7 Anexo 2 Orden TAS/2926/2002, de 19 de noviembre)			
	3.6.2	Código	Descripción	
3.7	CAUSÓ BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO:		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>