

DATOS DEL CENTRO : (a cumplimentar cuando el accidente se haya producido en un centro o lugar de trabajo distinto al consignado en el apartado 2, o cuando el trabajador estuviese realizando trabajos para una empresa distinta a la consignada en dicho apartado 2)

Nombre o Razón Social: Domicilio: Provincia:
 Municipio: Código Postal: Teléfono:
 Plantilla actual del Centro (12) Código Cuenta Colectiva Actividad económica principal del centro (13) : CNAE-99

4.- ACCIDENTE

Fecha del accidente (día/mes/año) Fecha de Baja Médica Día de la semana del accidente Hora del día del accidente Hora de trabajo (14) Era su trabajo habitual
 (1 a 24) (1ª, 2ª, etc.) SI NO

Marque si se ha realizado evaluación de riesgos sobre el puesto de trabajo en el que ha ocurrido el accidente

Descripción del accidente (15) :

¿En qué lugar se encontraba la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Lugar) (16) :

¿En qué proceso de trabajo participaba cuando se produjo el accidente? (Tipo de trabajo) (17) :

¿Qué estaba haciendo la persona accidentada cuando se produjo el accidente? (Actividad Fis. específica) (18) :

Agente material asociado a la ACTIVIDAD FÍSICA (19) :

¿Qué hecho anómalo que se apartase del proceso habitual de trabajo desencadenó el accidente? (Desviación) (20) :

Agente material asociado a la DESVIACIÓN (21) :

¿Cómo se ha lesionado la persona accidentada (Forma, Contacto-modalidad de la lesión) (22) :

Aparato o agente material causante de la lesión (23) :

Marque si este accidente ha afectado a más de un trabajador

Marque si hubo testigos. En caso afirmativo indicar nombres, domicilio/s y teléfono/s (24) :

5.- ASISTENCIALES

Descripción de la lesión (25) :

Grado de la lesión (26): Leve Grave Muy grave Fallo de miembro Parte del cuerpo lesionada (26) :

Médico que efectúa la asistencia inmediata (nombre, domicilio, teléfono) :

Marque el tipo de asistencia sanitaria (27): Hospitalaria Ambulatoria

Marque si ha sido hospitalizado. En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento:

6.- ECONÓMICOS

A) Base de cotización mensual :	B) Base de cotización al año (4) :	C) Subsidio :
-En el mes anterior (1)	B1.- por horas extras	Promedio diario
-Días cotizados (2)	B2.- por otros conceptos	-Base reguladora A
-Base reguladora A (3)	Total B1 + B2	-Base reguladora B
	Promedio diario base B (5)	Total B.R. diaria (6)
		Cuantía del subsidio 75% (7)

Don/Doña:
 en calidad de de la empresa,
 expide el presente parte en
 a de de 20...
 (firma y sello)

ENTIDAD N.º
 N.º EXPEDIENTE

AUTORIDAD LABORAL
 (Sillado y fechado)

Relación de accidentes de trabajo sin baja médica

RELACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO OCURRIDOS SIN BAJA MÉDICA

ENTIDAD NOMBRE: _____
 ENTIDAD NÚMERO: _____

MES: _____
 AÑO: _____

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: _____
 C.I.F. O D.N.I.: _____ PLANTILLA: _____

DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO: _____
 C.C.C. / I.N.A.F.: _____ PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____
 ACTIVIDAD ECONÓMICA PRINCIPAL: _____

RELACION DE ACCIDENTADOS

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE DEL TRABAJADOR	SEAC		INFORMACIÓN ALA SEGURIDAD SOCIAL (1)	IP (2)		TIPO DE CONTRATO (3)	FORMA ACCIDENTE (4)	FORMA COMUNICACIÓN	PARTIDAS CUERPO (5)	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (6)
		VRSÓN	MUJER		CÓDIGO	Nº DOCUMENTO					
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

(3) En el caso de trabajadores autónomos cumplimentar como incluido

D. _____ en calidad de _____ de la Empresa, expide la presente Relación en: _____ a _____ de _____ de 200__

AUTORIDAD LABORAL

Modelo de comunicación a la Autoridad Laboral

Dando cumplimiento a lo prescrito en el artículo 6 de la Orden de 16 de diciembre de 1987 en relación con el contenido del artículo 23.3 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por el presente medio, con carácter urgente y en relación con el accidente ocurrido a las [.....] horas del día [.....], comunico a V.I. lo siguiente:

1. DATOS DE LA EMPRESA

1.1. Razón social: [.....]

1.2. Domicilio: [.....]

1.3. Teléfono: [.....]

2. DATOS DE LOS/AS EMPLEADOS/AS PÚBLICOS/AS ACCIDENTADOS/AS Y LESIONES SUFRIDAS

NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA
EMPLEADO/A PÚBLICO/A

CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

D./D.^a [.....] [.....]

D./D.^a [.....] [.....]

D./D.^a [.....] [.....]

D./D.^a [.....] [.....]

3. DATOS DEL LUGAR DEL ACCIDENTE

3.1. Calle y n.º: [.....]

3.2. Localidad: [.....]

3.3. Provincia: [.....]

4. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

[.....]

[.....]

En [.....], a [.....] de [.....] de [.....]

Fdo.: [.....]

Sr. [.....]

Modelo de Parte de Accidente en Acto de Servicio (MUFACE)

IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE	REGISTRO DE PRESENTACION
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

DPS-12002 (03/05)	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				

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, 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:		
3.6.1	PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo 2 Orden TAS/2826/2002, de 19 de noviembre)		
	Código	Descripción	
3.6.2	DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN (Tabla 7 Anexo 2 Orden TAS/2826/2002, de 19 de noviembre)		
	Código	Descripción	
3.7	CAUSÓ BAJA EN EL PUESTO DE TRABAJO:		sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>