

ANEXO 6.3

**Informe de accidente sin baja medica realizado por el Servicio Medico del Departamento u
Organismo Público**

**INFORME DEL SERVICIO MEDICO SOBRE ACCIDENTE
DE TRABAJO SIN BAJA**

Nombre y apellidos	
NRP	
Destinado en	
Puesto de trabajo	
Teléfono de contacto	
Cotiza a Seguridad Social	
Cotiza a MUFACE	

Fecha del accidente	
Hora del accidente	
Lugar del accidente	
¿Era su trabajo habitual?	
FORMA DE CONTACTO (Tabla 5 Anexo II)*	
Código	Descripción
PARTE DEL CUERPO LESIONADA (Tabla 6 Anexo II)*	
Código	Descripción
DESCRIPCION DE LA LESION (Tabla 7 Anexo II)*	
Código	Descripción

- Orden TAS/2926/2002 de 19 de noviembre

Fecha y firma del Servicio Médico