

ANEXO I

INFORME DE ACCIDENTE EN ACTO DE SERVIZO DE PERSOAL MUTUALISTA OBRIGATORIO (MUFACE)

2	DATOS DO MUTUALISTA ACCIDENTADO		
2.1	APELIDOS:		
2.2	NOME:	2.3	NIF:
2.4	GRUPO TITULACIÓN:	2.5	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: ACTIVO
2.6	POSTO DE TRABALLO		
	2.6.1	DENOMINACIÓN:	
	2.6.2	NIVEL DO COMPLEMENTO DE DESTINO:	
	2.6.3	PRINCIPAIS TAREFAS OU FUNCIÓNS:	
2.7	CENTRO OU UNIDADE ADMINISTRATIVA DO QUE DEPENDE O POSTO		
	2.7.1	DENOMINACIÓN DO CENTRO	
	2.7.2	ENDEREZO:	
	CONCELLO:		PROVINCIA:
	C.P.:	TLFNO.:	FAX:

3	CIRCUNSTANCIAS DO ACCIDENTE (1/2)	
3.1	LUGAR NO QUE SE PRODUCIU:	
	UBICACIÓN DO POSTO DE TRABALLO:	
	NUN DESPACHO OU LUGAR PRÓXIMO DO MIEMO EDIFICIO. Especificar datos da ubicación (andar, nº despacho, unidade..):	
	NOS ACCESOS DO EDIFICIO: Detallar	
	DURANTE UN DESPRAZAMENTO EN COMISIÓN DE SERVIZO: Detallar	
	NO TRAXECTO A/OU DENDE O TRABALLO: Detallar:	
Detalle do lugar		
	RUA/PRAZA/Nº	
	ESTRADA/Km	
	MEDIO DE TRANSPORTE	
Detalle vehículo		
	VEHÍCULO PARTICULAR	marca/modelo matrícula
	AUTOBUS LIÑA	
	TREN LIÑA	
	OUTRO/S Especificar	

3 CIRCUNSTANCIAS DO ACCIDENTE (2/2)	
3.2	DATA: _____ HORA: _____
3.4	ACTIVIDADE QUE ESTABA A REALIZAR O MUTUALISTA ACCIDENTADO:
3.5	POSIBLES CAUSAS:
A)	LUGAR DE TRABALLO
B)	EQUIPOS TÉCNICOS, MÁQUINAS, MOBILIARIO
C)	MATERIAIS UTILIZADOS
D)	OUTRAS (especificar)
3.6	LESIÓNS OU CONSECUCENCIAS APRECIADAS INICIALMENTE
3.6.1	PARTE DO CORPO LESIONADA (táboa 6 anexo II OrdeTAS/2926/2002, 19.11)
	Código: (*) Descrición:
3.6.2	DESCRICIÓN DA LESIÓN (táboa 6 anexo II orden TAS/2926/2002, 19.11)
	Código: (*) Descrición:
3.7	CAUSOU BAIXA NO POSTO DE TRABALLO SI: NON:

(*) A cubrir pola delegación provincial

A Dirección do Centro

Selo do Centro

Asdo.: