

ANEXO

**RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA COMPLEMENTARIA AL 100%
DURANTE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

Página 1 de 2



Datos de la persona solicitante

Persona física

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

N.I.F./N.I.E.

Teléfono (fijo/móvil)

Correo electrónico

Representante legal (Cumplimentar sólo cuando la solicitud se formule por persona distinta del solicitante)

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

N.I.F./N.I.E.

Teléfono (fijo/móvil)

Correo electrónico

Dirección a efectos de notificación

Calle/Plaza

C.P.

N.º

Bloque

Esc.

Piso

Puerta

Provincia

Municipio

Localidad

- Autorizo a la Administración para informarme mediante mensajes SMS o correos electrónicos del estado de mi solicitud así como de otro tipo de avisos relacionados que me puedan resultar de interés.

Objeto de la solicitud

RECONOCIMIENTO DESDE EL PRIMER DÍA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL A LA QUE SE REFIERE ESTA SOLICITUD, DEL COMPLEMENTO DE LA PRESTACIÓN RECONOCIDA POR EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL QUE CORRESPONDA HASTA EL 100% DE LAS RETRIBUCIONES ACREDITADAS EN NÓMINA CON CARÁCTER FIJO, SIN PERJUICIO DE LO PREVISTO EN LA INSTRUCCIÓN OCTAVA 1

Datos de afiliación

Nº de afiliación

Centro de Salud*

Área Sanitaria*

C.I.A.S. del médico emisor del parte de baja*

(* Campos obligatorios si se tiene asistencia con el SESPA)

Mutualidad (Campo obligatorio Regímenes Especiales)**Datos profesionales**

Cuerpo/Escala

 Funcionario de carrera Funcionario interino Funcionario estatutario fijo Funcionario estatutario temporal

Categoría profesional

 Personal laboral fijo Personal laboral temporal

Otros (Personal eventual, contrato administrativo, etc...)

Régimen Régimen General de la Seguridad Social Régimen Especial de la Seguridad Social de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) Régimen Especial de la Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia (MUGEJU) Otros Regímenes de la Seguridad Social

Continúa en la página siguiente

ANEXO

**RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA COMPLEMENTARIA AL 100%
DURANTE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

Página 2 de 2



Centro de trabajo

Consejería u Organismo

Puesto de trabajo

Fecha de inicio de la situación de incapacidad temporal

Fecha del parte médico de baja

Fecha de incapacidad temporal
inicial para el supuesto de recaída

La persona solicitante autoriza a que la Administración del Principado de Asturias recabe la información que se relaciona a continuación a través de la plataforma de intermediación de datos de las Administraciones Públicas o a través de otros sistemas que se establezcan (*en caso de no marcar alguna casilla, deberá acompañar a la solicitud la documentación correspondiente*).

A la Consejería competente en materia de discapacidad, la consulta del grado de discapacidad reconocida por la Administración del Principado de Asturias.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la persona solicitante autoriza de forma expresa la comprobación por parte del órgano de la Administración del Principado de Asturias que en cada ámbito tenga atribuidas las competencias de gestión, control, evaluación y emisión de informes en relación con la incapacidad temporal, de la procedencia o improcedencia del reconocimiento de la prestación económica complementaria al 100%.

De conformidad la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la persona solicitante autoriza de forma expresa el tratamiento de los datos incluidos en la documentación que aporta, cuyo fin exclusivo será la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal por la Administración del Principado de Asturias.

La persona solicitante declara:

- > Que son ciertos y completos todos los datos de la presente solicitud, así como toda la documentación que presenta (la falsedad en un documento público es un delito, de acuerdo con el artículo 392 del Código Penal).
- > Que se compromete a cumplir las condiciones que se especifican en la normativa aplicable, la cual conoce en su integridad.

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE: SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA/ ÓRGANO DE GESTIÓN DE PERSONAL EQUIVALENTE

Firma/s

En

a

de

de

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Administración del Principado de Asturias le informa que los datos personales recabados a través del presente formulario, así como los generados en el transcurso de la relación administrativa, serán incorporados a los ficheros de su titularidad, cuya finalidad es la gestión de RRHH.

Además, sus datos podrán ser comunicados a otras Administraciones Públicas e interesados legítimos.

Si entre la información que usted facilita figuran datos de terceros, usted asume el compromiso de informarles de los extremos señalados en el párrafo anterior.

Usted puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando por correo o presentando presencialmente el correspondiente formulario a la Oficina de Atención Ciudadana (SAC) en el Edificio de Servicios Múltiples C/Coronel Aranda, 2, 33005 - Oviedo (Asturias) o a los distintos registros de la Administración del Principado de Asturias. También se pueden ejercitar estos derechos de forma electrónica a través del mismo formulario y que está disponible en la siguiente dirección <https://sede.asturias.es>