

MODELO DE SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL COMPLEMENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL AL 100 % PARA EL PERSONAL DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS.

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA:			
Apellidos y Nombre:		DNI:	
Domicilio:		Código postal	
Municipio	Provincia	Isla	
Teléfono:		Correo electrónico	

DATOS PROFESIONALES			
Personal Funcionario	<input type="checkbox"/>	Personal Estatutario	<input type="checkbox"/>
Personal laboral	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
Consejería:			
Centro Directivo:			
Puesto de trabajo que ocupa:			
Nº de afiliación :			
RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL:		<input type="checkbox"/>	
Regimenes especiales:			
MUFACE	<input type="checkbox"/>		
MUGEJU	<input type="checkbox"/>		
OTROS	<input type="checkbox"/>		

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL O EN SU DEFECTO DE LA PERSONA VINCULADA A ÉL POR RAZONES FAMILIARES O DE HECHO (Cuando el estado físico o psíquico de la persona interesada le impida formular la solicitud)			
Apellidos y Nombre:		DNI:	
Vínculo con la persona solicitante			
Domicilio:		Código postal	
Municipio	Provincia	Isla	
Teléfono:		Correo electrónico	

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

SOLICITO
Que me sea reconocido el complemento hasta la totalidad de mis retribuciones ordinarias percibidas en el mes anterior al inicio de la situación de incapacidad, desde el primer día de la misma.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

- Fotocopia del ejemplar del parte médico de baja expedido por el personal facultativo, informes médicos, clínicos y demás documentación acreditativa.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud).
- Documentación acreditativa de la condición de víctima de violencia de género
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud).
- Documentación que acredite la representación, en su caso.

VERIFICACIÓN DEL INSTITUTO CANARIO DE IGUALDAD (Víctimas de violencia de género):

- ACREDITA
- NO ACREDITA

En _____, a ____ de _____ de 20____ .

El Instituto Canario de Igualdad

VERIFICACIÓN DE LA INSPECCIÓN MÉDICA:

- ACREDITA
- NO ACREDITA

En _____, a ____ de _____ de 20____ .

La Inspección Médica,

La persona solicitante **DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD** que son ciertos todos los datos reseñados en la solicitud, así como en la documentación que se acompaña a la misma.

(Firma)

En _____, a ____ de _____ de 20____

INSPECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS

INSTITUTO CANARIO DE IGUALDAD

De conformidad con lo señalado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de la presente solicitud se incorporarán en fichero de datos personales con destino exclusivo para los fines derivados de la determinación de la procedencia y posterior inclusión en nómina, en su caso, del complemento del ciento por cien de la mejora voluntaria de la acción protectora de la Seguridad Social en el supuesto de incapacidad temporal por contingencias comunes.