



MODELO DE SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL COMPLEMENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL AL 100% PARA EL PERSONAL DE MUFACE DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA.

DATOS DEL EMPLEADO PÚBLICO					
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:	
DNI:	Domicilio:			Código Postal:	
Municipio:		Provincia:	Teléfono:	Correo electrónico:	

DATOS PROFESIONALES	
Sector al que pertenece:	
<input type="checkbox"/> Personal funcionario docente (MUFACE) de la Consejería de Educación y Cultura	<input type="checkbox"/> Personal funcionario no docente (MUFACE) de la Consejería de Educación y Cultura

DATOS DEL REPRESENTANTE					
Primer apellido:		Segundo apellido:		Nombre:	
DNI:	Domicilio:			Código Postal:	
Municipio:		Provincia:	Teléfono:	Correo electrónico:	

FECHA DE INICIO DE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL	
Fecha de la baja:	Para el supuesto de recaída indicar la fecha de la situación de incapacidad temporal inicial:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITO
Que me sea reconocido el complemento al 100% de mis retribuciones fijas y periódicas de devengo mensual desde el primer día de la incapacidad temporal a la que se refiere esta solicitud, en los términos establecidos en el apartado primero de la Disposición Adicional segunda del Texto Refundido de la Ley de Función Pública, aprobado por Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero, en la redacción dada por el artículo 16 de la Ley 5/2012, de 29 de junio, de ajuste presupuestario y de medidas en materia de función pública y en sus instrucciones de desarrollo de acuerdo con lo señalado en el artículo 9.5 del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.



DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

Fotocopia del ejemplar para el órgano de personal del **parte médico de baja** expedido por el facultativo
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

Documentación que acredite la **representación**, en su caso

En el supuesto de **hospitalización**, original o fotocopia del justificante de hospitalización emitido por el centro hospitalario. Si la hospitalización se produce una vez iniciada la situación de baja, el justificante se aportará con el primer parte de confirmación que se presente (ejemplar para el órgano de personal), una vez iniciada la hospitalización.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

En el supuesto de **intervención quirúrgica**, junto con el parte de baja se presentará informe médico que acredite la práctica de la intervención quirúrgica. Si la intervención se produce una vez iniciada la situación de baja, el informe médico vez producida la intervención.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

En el supuesto de que la situación de incapacidad temporal sea secundaria a **patología relacionada con el embarazo**, junto con el parte de baja se presentará copia del informe clínico el facultativo que acredite dicha patología.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

En el supuesto de **enfermedades oncológicas** se adjuntará la documentación que acredite que el empleado se encuentra en este supuesto.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

En el supuesto de **accidente en acto de servicio o enfermedad profesional** se presentará la resolución de su reconocimiento por parte del Director General de Planificación Educativa y Recursos Humanos. Para ello, previamente se solicitará dicha contingencia, como se indica en la página web del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, la documentación necesaria para su gestión.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

En el supuesto de **enfermedades graves** previstas en el Anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, BOE nº 182, de 30 de julio.
(Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud)

Otra documentación que el solicitante desee aportar voluntariamente en apoyo a su solicitud.

(Si la misma incorpora información sobre la salud del solicitante, deberá aportarla en sobre cerrado grapado a la presente solicitud)

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

Firma

Fecha:

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS HUMANOS CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CULTURA

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 un 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 al cien por cien de la mejora voluntaria de la acción protectora de la Seguridad Social en el supuesto de incapacidad temporal por contingencias comunes recogida en el apartado primero de la Disposición Adicional Segunda del Texto Refundido de la Ley de Función Pública, aprobado por Decreto Legislativo 1/2001, de 26 de enero. Los datos serán tratados de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, siendo el órgano administrativo responsable del fichero la Dirección General de Recursos Humanos y Calidad Educativa, sito en Avenida de la Fama, 15, 4ª planta, 30006 Murcia ante la que los interesados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

Durante la tramitación del procedimiento, se garantizará la confidencialidad de los datos sobre la salud del solicitante, limitándose su acceso al personal médico del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de esta Consejería. El personal de registro y de recursos humanos que tramite el procedimiento y su inclusión en nómina no tendrá, en ningún caso, acceso a la documentación médica de los solicitantes.