



Región de Murcia

Consejería de Educación, Formación y Empleo
Dirección General de Recursos Humanos
y Calidad Educativa

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

DATOS DEL EMPLEADO PÚBLICO	
Apellidos y 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, Formación y Empleo	<input type="checkbox"/> Personal funcionario no docente (MUFACE) de la Consejería de Educación, Formación y Empleo

DATOS DEL REPRESENTANTE (en aquellos casos en que el estado del interesado le impida formular la solicitud)	
Apellidos y 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	Fecha de la situación de incapacidad temporal inicial:

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.



Región de Murcia

Consejería de Educación, Formación y Empleo
Dirección General de Recursos Humanos
y Calidad Educativa

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA	
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	Documentación que acredite la representación, en su caso.
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	En el supuesto de intervención quirúrgica, junto con el parte 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 se aportará con el primer parte de confirmación que se presente (ejemplar para el órgano de personal), una vez producida la intervención.
<input type="checkbox"/>	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 del facultativo que acredite dicha patología. (Documentación a adjuntar en sobre cerrado grapado a esta solicitud).
<input type="checkbox"/>	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).
<input type="checkbox"/>	Otra documentación que el solicitante desee aportar voluntariamente en apoyo a su solicitud. (Si la misma incorpora información sobre la salud del solicitante, deberá este aportarla en sobre cerrado grapado a la presente solicitud).

El 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 201__

SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES.

**DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS Y CALIDAD EDUCATIVA.
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN Y EMPLEO.**

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 la Consejería de Educación, Formación y Empleo. 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.