

**Solicitud para el reconocimiento del complemento de incapacidad temporal por contingencias comunes al 100% en los supuestos de hospitalización, intervención quirúrgica, enfermedades oncológicas, patologías relacionadas con el embarazo o enfermedades graves previstas en el Real Decreto 1148/2011. No aplicable al personal de MUFACE (docente y no docente) que preste servicios en la Consejería de Educación, y Cultura.**

Formulario Los campos marcados con \* son obligatorios

### Datos del empleado público

DNI (Formato 99999999X): \*  Nombre: \*

Primer apellido: \*

Segundo Apellido: \*  Domicilio: \*

Código Postal: \*  Municipio: \*

Provincia: \*

Teléfono: \*  Correo electrónico:

### Datos Profesionales

Seleccione el sector al que pertenece (una única opción)

Sector: \*

Personal de Consejerías y Organismos Autónomos de la Administración Regional

Personal SMS

Funcionario interino docente de la Consejería de Educación, Juventud y Deportes

Seleccionar el centro directivo acorde con el sector al que pertenece

'Personal de Consejerías y Organismos Autónomos de la Administración Regional' se: alar centro directivo

Personal SMS, indicar Area/Gerencia

### Datos del Representante

Completar sólo en aquellos casos en que el estado del interesado le impida formular la solicitud.

DNI (Formato 99999999X):

Nombre:

Primer apellido:

Segundo apellido:

Domicilio:

Código Postal:

Municipio:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:  [máx. 125 car.]

## Fecha de inicio de la situación de incapacidad temporal

Fecha de la baja: \*  -  -

Solo 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 la disposición adicional vigesimoquinta de la Ley 1/2016, de 5 de febrero, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para el ejercicio 2016.

## DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

*Junto a la solicitud, deberá adjuntar a la misma en su presentación por registro la documentación a la que se refieren los apartados siguientes, siendo la documentación a que se refiere el número 1 obligatoria en todos los casos. La documentación a que se refieren los números 2 y siguientes, será únicamente obligatoria en los supuestos en ellos contemplados.*

1. Fotocopia del ejemplar para el trabajador del parte médico de baja (modelo P-9) expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud (Documentación a adjuntar en sobre cerrado a esta solicitud).
2. Documentación que acredite la representación, en su caso.
3. 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 (modelo P9-1, ejemplar para el trabajador), una vez iniciada la hospitalización. (Documentación a adjuntar en sobre cerrado a esta solicitud).
4. 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 (modelo P9-1, ejemplar para el trabajador), una vez producida la intervención.

5. 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 del Servicio Público de Salud que acredite dicha patología. (Documentación a adjuntar en sobre cerrado a esta solicitud).
6. 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 a esta solicitud).
7. Documentación, expedida por el facultativo del Servicio Público de Salud, en que se acredite que el interesado padece alguna de las enfermedades referidas en el Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave
8. 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 a la presente solicitud).

Declaración de responsabilidad: \*

**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.**

Murcia de de

### **INSPECCIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.**

SERVICIO DE INCAPACIDAD TEMPORAL Y SALUD LABORAL

DIRECCIÓN GENERAL DE ATENCIÓN AL CIUDADANO, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA

CONSEJERÍA DE SALUD

*De conformidad con lo señalado en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 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 e 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 3/2018 de 5 de diciembre, siendo el responsable de este fichero, siendo el órgano administrativo responsable del fichero la Dirección General de Función Pública, sito en Edif. Administrativo Infante Juan Manuel, nº14, 30011-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 de la Inspección de los Servicios sanitarios. 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.*

