



RECONOCIMIENTO DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA COMPLEMENTARIA AL 100 % DURANTE LA SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL PERSONAL DOCENTE EN RÉGIMEN DE PAGO DELEGADO DE LOS CENTROS DOCENTES PRIVADOS SOSTENIDOS TOTAL O PARCIALMENTE CON FONDOS PÚBLICOS.

Espacio reservado para registro administrativo

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

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.

Datos de afiliación:

Nº de afiliación

Centro de Salud

Área Sanitaria

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

Régimen:

Régimen General de la Seguridad Social. Régimen Especial de personas trabajadoras por cuenta propia, o autónomas.

Centro de trabajo

Localidad

Fecha de inicio de la situación de incapacidad temporal:

Fecha del parte médico de baja:

Fecha de incapacidad temporal inicial para el supuesto de recálida:

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.

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE:

Firma,

En a de de