

SOL·LICITUD DE CERTIFICAT MÈDIC D'EXISTÈNCIA DE RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL

Empleni aquest imprès de la forma exacta i correcta perquè així facilitarà el tràmit de la seva prestació. Abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats, així com les instruccions per al seu emplenament. Escriu amb claredat i en lletres majúscules per a evitar errors d'interpretació. L'emplenament defectuós o incorrecte d'aquest imprès podrà exigir la seva esmena i, en tant la mateixa no es produeixi, demorarà la tramitació de la seva sol·licitud. Abans de començar a escriure, llegeixi detingudament tots els apartats

1. DADES DE LA SOL·LICITANT

Nom		Primer cognom		Segon cognom	
DNI/NIF/NIE		Data naixement		Número d'afiliació de la Seguretat Social	
Telèfon		Mòbil		Correu electrònic	
Domicili a efectes fiscals					
Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	C.P.
Població					Província
Règim de la Seguretat Social					Llengua oficial de comunicació

2. MOTIUS DE LA SOL·LICITUD

RISC DURANT L'EMBARÀS		
Setmana de gestació a data de sol·licitud	Data prevista de part	Embaràs únic o múltiple

RISC DURANT LA LACTÀNCIA NATURAL	
Data de part	Data finalització permís maternitat

3. DADES DE L'EMPRESA (a emplenar per les treballadores per compte aliena)

Raó Social	Tipus de contracte	Codi compte cotització
Domicili	C.P.	
Població	Província	

4. PROCESSOS D'INCAPACITAT TEMPORAL EN ELS ÚLTIMS 6 MESOS

Data baixa mèdica	Data d'alta mèdica	Existia relació entre la seva baixa mèdica i la seva situació d'embaràs o lactància?		Si ha contestat si, en algun dels processos, preguem aporti documentació mèdica al costat d'aquesta sol·licitud
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
...../...../...../...../.....	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

DECLARO, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en la present sol·licitud, manifestant, igualment, que quedo assabentada de l'obligació de comunicar a **umivale Activa** qualsevol variació de les dades en ella expressats que pogués produir-se en endavant (Art. 35.5 RD 295/2009).

MANIFESTO, el meu consentiment per a l'aportació, consulta o obtenció de l'històric clínic, custodiat per la Mútua, així com perquè les meves dades d'identitat puguin ser consultats amb garantia de confidencialitat en el cas d'accés.

SOL·LICITO, mitjançant la signatura del present imprès, que es doni curs a la meua petició de Prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural adoptant per a això totes les mesures necessàries per a la seva millor resolució.

RECORDI, si es produís l'extinció de la relació laboral, haurà de comunicar-ho a aquesta Mútua per tractar-se d'una de les causes d'extinció de la prestació de risc durant l'embaràs o la lactància natural, a fi d'evitar percepcions indegudes d'aquesta.

Signatura de la interessada (Adjuntar fotocopia DNI)

....., a de de 20

Informació sobre protecció de dades personals

Responsable: **umivale Activa** Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 3. **Contacte del Delegat de Protecció de Dades:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalitat:** Facilitar la gestió administrativa, assistencial i econòmica de les prestacions que li són pròpies en l'àmbit de la Seguretat Social. **Legitimació:** Aquest tractament es realitza en el marc del compliment de les obligacions legals aplicables a **umivale Activa** en la seva condició de Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social. **Destinataris:** Seguretat Social i Organismes dependents (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Jutjats i Tribunals, en cas que existeixi obligació legal per això. Entitats bancàries, caixes d'estalvis i caixes rurals. Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals. **Drets:** Podrà accedir, rectificar, suprimir, oposar-se a determinats tractaments, així com exercir el seu dret a la limitació del tractament, a la portabilitat i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en tractament automatitzat de les seves dades. **Forma d'exercir els seus drets:** Per escrit, mitjançant sol·licitud dirigida a **umivale Activa**, Av. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València); Presencialment, en qualsevol dels nostres centres o remetent un correu electrònic a la següent adreça: dpd@umivaleactiva.es. **Informació addicional:** En el següent enllaç: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.