

ANEXO II

SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL ABONO DEL CIENTO POR CIENTO DEL COMPLEMENTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS SUPUESTOS DEL ART.14 DE LA LEY 3/2012, DE 21 DE SEPTIEMBRE.

1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	CUERPO	ESPECIALIDAD
CENTRO DE SERVICIO	<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO	
DOMICILIO	LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	Teléfono 1	Teléfono 2

2 SOLICITUD
<p>2.1 Fundamentos: Ley 3/2012, de 21 de septiembre, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico- financiero de la Junta de Andalucía. Instrucción 16/2015, de 15 de octubre, de la Dirección General del Profesorado y Gestión de Recursos Humanos.</p>
<p>2.2 En concepto de: Reconocimiento de abono 100 por 100 del complemento por incapacidad temporal, de fecha __/__/__ por estar incluido en uno de los supuestos recogidos en el artículo 14.1.1ª de la ley 3/2012, de 21 de septiembre.</p> <p> <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia profesional (Accid. acto de servicio, enfermedad profesional, riesgo embarazo - lactancia natural). <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado hospitalización. <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado intervención quirúrgica. <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal ocasionada por enfermedad incluida en el anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio. <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal en periodo de gestación o de lactancia natural. <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de otras contingencias (art.14.1.1ª) </p>
<p>2.3 Documentación que debe acompañar, según proceda, a la solicitud.</p> <p> <input type="checkbox"/> Resolución del expediente de averiguación de causas que determine la contingencia profesional o parte médico de baja por contingencia profesional. <input type="checkbox"/> Justificante de la estancia hospitalaria emitida por centro hospitalario. <input type="checkbox"/> Informe médico que reconozca la práctica de la intervención quirúrgica. <input type="checkbox"/> Informe médico que especifique la patología padecida. <input type="checkbox"/> Informe médico que acredite el embarazo o la lactancia natural. <input type="checkbox"/> Documentación que acredite otras contingencias. </p>
<p>2.4 Lugar, fecha y firma.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">firma</p> <p style="text-align: center;">Fdo. : _____</p>

A LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE EDUCACIÓN DE _____

