

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

SOLICITUD EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CIRCUNSTANCIA EXCEPCIONAL DEL MANTENIMIENTO DE RETRIBUCIONES HABITUALES

Acuerdo Plurianual 2018/2020

MODELO PARA PERSONAL LABORAL

1. SOLICITANTE ⁽¹⁾						
Apellido 1			Apellido 2		Nombre	
D.N.I.		NIP ⁽²⁾	Calle			
Número	Piso	Letra	Código postal		Localidad	
Provincia			Correo Electrónico			Tlf. fijo
Tlf. móvil		Puesto de trabajo			Unidad	
EXPONE:						
<p>1. Que inicia una incapacidad temporal con fecha ⁽³⁾ <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>2. Que está en un supuesto (<i>circunstancia excepcional</i>) de los previstos en el Acuerdo Plurianual 2018/2020 ⁽⁴⁾</p>						
SOLICITA ⁽⁵⁾ :						
1. Que se le mantengan las retribuciones habituales que venía percibiendo en el mes anterior de la incapacidad.						
DOCUMENTACIÓN ADJUNTO (Marque lo que proceda)						
<p>1. <input type="checkbox"/> Parte inicial de baja (copia empresa)</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Último parte de confirmación</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Justificante médico que acredite circunstancia excepcional ⁽⁴⁾</p>						
(En caso de que la documentación indicada contuviera información médica, deberá entregarse en sobre cerrado confidencial. Dicho sobre, será abierto por personal sanitario).						
Lugar y fecha de la solicitud				Firma del solicitante		
En _____ a, _____ de _____ de _____				D./D ^a _____		

DECLARO: Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos S.A. S.M.E. cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

Sus datos serán tratados por Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E. para la gestión de su solicitud en los términos y condiciones expuestos en la Política de Protección de datos de empleados que puede ser consultada en CONECTA /INICIO/PERSONAS/INFORMACIÓN PERMISOS Y LICENCIAS/UTILIDADES/POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EMPLEADO.

JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE _____ **Indicar Zona o Provincia**
SUBDIRECTOR DE GESTIÓN, ORG., y DESARROLLO DE PERSONAS (Para el personal del Centro Directivo)

1. Modelo de solicitud para personal laboral (fijo o temporal, de convenio o fuera de convenio).
2. Número de identificación profesional.
3. Debe coincidir exactamente con la fecha de inicio de la baja que consta en el parte médico.
4. Intervención quirúrgica (tratamientos incluidos en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud o en su caso, en las carteras de servicios elaborados por las Comunidades Autónomas) u hospitalización, tratamientos de radioterapia o quimioterapia y análogos, así como los que tengan inicio durante el estado de gestación.
5. La solicitud se debe realizar junto a la presentación del parte de baja.