



## SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL COMPLEMENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL AL 100%

Datos identificativos de la persona solicitante		
Apellidos y nombre		N.I.F
Afiliado/a a	<input type="checkbox"/> Seguridad Social	<input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> Otros
Sector al que pertenece		
<input type="checkbox"/> Personal docente e investigador		
<input type="checkbox"/> Personal de administración y servicios		
<input type="checkbox"/> Personal investigador, contratado y en formación y perfeccionamiento		
Datos de el/la representante del interesado/a (en su caso)		
Apellidos y nombre		D.N.I.
Domicilio:		
Código Postal:	Municipio:	Provincia:
Teléfono:		Correo electrónico:

Documentación que se acompaña a la solicitud
<input type="checkbox"/> Informes, certificados o resoluciones que se desea adjuntar en sobre cerrado
<input type="checkbox"/> Los documentos que se detallan numerados:
1.
2.
3.

En ....., a ..... de ..... de 201

(firma)

**Sr. /Sra. JEFE/A DEL SERVICIO DE HABILITACIÓN Y SEGURIDAD SOCIAL**

*Sus datos personales aportados en la solicitud, así como aquellos contenidos en la documentación que se acompañe, serán tratados por la UNIVERSIDAD DE GRANADA, con sede en Avda. del Hospicio, s/n, 18071 Granada, con la finalidad de gestionar su solicitud para el reconocimiento del complemento de incapacidad temporal al 100%. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Secretaría General de la Universidad de Granada en la dirección anteriormente indicada mediante solicitud escrita acompañada de copia del DNI. De todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

## Espacio a cumplimentar por Gerencia

Solicitud de devolución del descuento practicado por I.T.

Período descontado de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Corresponde:      SI                      NO  
                                              

*EL GERENTE,*