

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

Acuerdo Plurianual 2018/2020

SOLICITANTE ⁽¹⁾					
Apellido 1	Apellido 2	Nombre	D.N.I.	NIP ⁽²⁾	
Calle		Número	Piso	Letra	
Código postal	Localidad	Provincia			
Correo electrónico		Teléf. fijo	Teléf. móvil		
Puesto de trabajo		Unidad			

EXPONE:

- Que inicia una incapacidad temporal con fecha ⁽³⁾:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
- Que está en un supuesto (*circunstancia excepcional*) de los previstos en el Acuerdo Plurianual 2018/2020 ⁽⁴⁾.

SOLICITA ⁽⁵⁾:

- Que se le mantengan las retribuciones habituales que venía percibiendo en el mes anterior de la incapacidad.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (*Marque lo que proceda*)

- Parte inicial de baja (copia empresa)
- Último parte de confirmación
- Justificante médico que acredite circunstancia excepcional ⁽⁴⁾.

(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 ⁽¹⁾
En _____ a, _____ de _____ del 20_____	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 servicio 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.