

D./Dña. _____ en su calidad de _____

CERTIFICA, a efectos de la solicitud de la prestación por IT que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan,

1. Datos empresa

Nombre o razón social		CCC	
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos trabajador/a

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/NIE/Pasaporte		
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia		
Nº de Seguridad Social ____/____/____	Grupo cotización	Contrato tiempo parcial Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo de contrato	Fecha alta empresa	Fecha baja empresa
Fecha baja médica	Fecha hasta la que se ha abonado la IT	Causa baja médica	Enfermedad común <input type="checkbox"/> Accidente No Laboral <input type="checkbox"/> Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>		
Causa extinción/suspensión del pago directo		Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas Desde _____ hasta _____ Base: _____			

3. Bases de cotización a certificar según el supuesto de pago directo

3.1. Si no se ha extinguido la relación laboral o la baja médica es por accidente de trabajo/ enfermedad profesional o solicita la prestación de Riesgo

Certificado de cotización del mes anterior a la baja médica	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Base contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)
Trabajador/a con jornada a tiempo parcial: certificado de las bases de cotización de los tres meses anteriores a la baja médica	Año	Mes	Días	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

3.2. Si el pago directo es por extinción de la relación laboral y la baja médica derivada de enfermedad común o accidente no laboral

Certificado de cotizaciones de 180 últimos días cotizados	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes

3.3. Régimen Especial Agrario

Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	¿Estaba trabajando el día de la baja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cotización jornadas reales mes anterior baja	Salario real
---	---	--	--------------

A los efectos de que se inicie el pago directo de esta prestación desde el día _____

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero de base de datos para el cálculo y control de la prestación económica que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de esta Entidad. En cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al fichero (art. 5 de la ley 15/1999 de 13 diciembre de Protección de datos de carácter personal, BOE del día 14).

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Registro Entrada

Firma y sello de la empresa

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 y su normativa de desarrollo, los datos personales facilitados por usted, se incorporarán y serán tratados en un fichero debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos del que es responsable MUTUA GALLEGA, MATEPSS nº 201, siendo tales datos indispensables para poder gestionar la relación que mantiene con esta entidad, ó tramitar su solicitud ó el expediente de prestaciones de Seguridad Social que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de esta Entidad. La negativa a facilitar la información solicitada impediría absolutamente cumplir las finalidades antes descritas. Así mismo, le informamos de que sus datos podrán ser comunicados a las entidades públicas competentes también con amparo en lo previsto en la normativa en vigor. Si lo desea, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la persona Responsable de Seguridad de MUTUA GALLEGA, MATEPSS nº 201 con domicilio en 15174 A Coruña c/ Monte Alfeirán s/n