

# JUNTA DE ANDALUCÍA

## CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

### 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.

<b>1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA</b>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
Nº REGISTRO PERSONAL/DNI	PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA	
CENTRO DE SERVICIO	<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO	<input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO

<b>2 SOLICITUD</b>
<p><b>2.1 Fundamentos:</b> 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 1/2013, de la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos y Función Pública.</p>
<p><b>2.2 En concepto de:</b> Reconocimiento de abono 100 por 100 del complemento por incapacidad temporal por estar incluido/a 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 (Accidente en acto de servicio, enfermedad profesional, riesgo en el embarazo y en la lactancia natural).</p> <p><input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado hospitalización.</p> <p><input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado intervención quirúrgica.</p> <p><input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal ocasionada por enfermedad incluida en el anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio .</p> <p><input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal en periodo de gestación.</p>
<p><b>2.3 Documentación que debe acompañar, según proceda, a la solicitud.</b></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.</p> <p><input type="checkbox"/> Justificante de la estancia hospitalaria emitida por centro hospitalario.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe médico que reconozca la práctica de la intervención quirúrgica.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe médico que especifique la patología padecida.</p> <p><input type="checkbox"/> Informe médico que acredite el embarazo.</p>
<p><b>2.4 Lugar, fecha y firma:</b> En ..... a ..... de .....de .....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: _____</p>

<b>3 RESOLUCIÓN</b>
<p>Vista la petición formulada y conocida la propuesta <input type="checkbox"/> estimatoria <input type="checkbox"/> desestimatoria de la asesoría médica, el/la (1) ..... en uso de las competencias otorgadas según la legislación vigente,</p> <p><b>RESUELVE:</b> <input type="checkbox"/> CONCEDER <input type="checkbox"/> NO CONCEDER lo solicitado, por las razones que en el apartado 4, en el reverso, se especifican.</p> <p>RECURSOS QUE PROCEDEN: PERSONAL FUNCIONARIO/INTERINO. Contencioso administrativo de acuerdo con lo previsto en los arts. 8, 14 y 46 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa; sin perjuicio del recurso potestativo de reposición de conformidad con lo establecido en los arts.116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. PERSONAL LABORAL. Reclamación previa a la vía judicial de conformidad con lo establecido en los arts. 69 de la Ley de Procedimiento Laboral y 125 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.</p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">El/La (1).....</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: _____</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en la ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal, la Consejería de Educación le informa que sus datos personales, obtenidos mediante la cumplimentación de esta solicitud, se incorporarán para su tratamiento en un fichero automatizado con destino exclusivo para la gestión de la solicitud y los fines derivados de la misma.</p>

ILMO. SR./ ILMO. SRA. \_\_\_\_\_

(1) Indicar el órgano competente para resolver.

**4 MOTIVOS DE DENEGACIÓN DEL 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.**

- No queda acreditado que la incapacidad temporal derive de contingencia profesional.
- No queda acreditada la hospitalización.
- No queda acreditada la intervención quirúrgica.
- La intervención quirúrgica no deriva de tratamientos incluidos en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud.
- La enfermedad causa de IT no está incluida en los supuestos establecidos en el Real decreto 1148/2011, de 29 de julio.
- No queda acreditada la situación de embarazo.