

**ANEXO II**

**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</b>	<b>DATOS DE LA PERSONA INTERESADA</b>		
PRIMER APELLIDO	<input type="text"/>	SEGUNDO APELLIDO	<input type="text"/>
NOMBRE	<input type="text"/>		
NIF	<input type="text"/>	CUERPO	<input type="text"/>
ESPECIALIDAD	<input type="text"/>		
CENTRO DE SERVICIO	<input type="text"/>	<input type="radio"/> FUNCIONARIO <input type="radio"/> LABORAL <input type="radio"/> INTERINO	
DOMICILIO	<input type="text"/>		LOCALIDAD <input type="text"/>
CÓDIGO POSTAL	<input type="text"/>	Teléfono 1	<input type="text"/>
		Teléfono 2	<input type="text"/>

<b>2</b>	<b>SOLICITUD</b>
2.1	<p>Fundamentos:</p> <p>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</p> <p>Instrucción 16/2015, de 5 de noviembre, de la Dirección General del Profesorado y Gestión de Recursos Humanos.</p>
2.2	<p>En concepto de:</p> <p>Reconocimiento de abono 100 por 100 del complemento por incapacidad temporal, de fecha __/__/__ por estar incluido 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="radio"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia profesional (Accid. acto de servicio, enfermedad profesional, riesgo embarazo - lactancia natural).  <input type="radio"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado hospitalización.  <input type="radio"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado intervención quirúrgica.  <input type="radio"/> Por incapacidad temporal ocasionada por enfermedad incluida en el anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio.  <input type="radio"/> Por incapacidad temporal en periodo de gestación o de lactancia natural.  <input type="radio"/> Por incapacidad temporal derivada de otras contingencias (art.14.1.1ª)                 </p>
2.3	<p>Documentación que debe acompañar, según proceda, a la solicitud.</p> <p> <input type="radio"/> Resolución del expediente de averiguación de causas que determine la contingencia profesional o parte médico de baja por contingencia profesional.  <input type="radio"/> Justificante de la estancia hospitalaria emitida por centro hospitalario.  <input type="radio"/> Informe médico que reconozca la práctica de la intervención quirúrgica.  <input type="radio"/> Informe médico que especifique la patología padecida.  <input type="radio"/> Informe médico que acredite el embarazo o lactancia natural.  <input type="radio"/> Documentación que acredite otras contingencias.                 </p>
2.4	<p>Lugar, fecha y firma.</p> <p>En <input type="text"/> a <input type="text"/> de <input type="text"/> de <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">firma</p> <p>Firmado: <input type="text"/></p>

A LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE EDUCACIÓN DE

