

## SOL·LICITUD DE PRESTACIÓ ECONÒMICA PER RISC DURANT L'EMBARÀS

### 1. DADES PERSONALS

Primer cognom					Segon cognom					
Nom			Telèfon		Núm. d'afiliació Seguretat Social		DNI/NIE/TIE		Data de naixement	
Domicili										
Núm.	Bloc	Esc.	Pis	Porta	Codi postal		Localitat			
Província				Situació d'IT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Data de fi del contracte		Correu electrònic		

### 2. DADES DE L'EMPRESA - ASSESSORIA

Nom de l'empresa					C.CC		Telèfon		
Adreça				Localitat				Codi postal	
Assessoria / Gestoria					Telèfon		Correu electrònic		
Nom de la societat de prevenció									

### 3. DADES DE LA PRESTACIÓ

<input type="checkbox"/> Treballadores per compte d'altri	Data de suspensió del contracte:	Data probable del part:
<input type="checkbox"/> Treballadores per compte propi	Data de cessament de l'activitat:	Data probable del part:

### 4. DOCUMENTACIÓ

<input type="checkbox"/> Certificat de bases de cotització.	<input type="checkbox"/> Avaluació de riscos del lloc de treball,	<input type="checkbox"/> Declaració de situació de l'activitat (només compte propi).
<input type="checkbox"/> Declaració empresarial del lloc de treball i risc	<input type="checkbox"/> Fotocòpia del NIF - NAE	<input type="checkbox"/> Model 145 IRPF: Comunicació de dades al pagador
<input type="checkbox"/> Declaració empresarial de suspensió del contracte	<input type="checkbox"/> Certificat mèdic del servei públic de salut.	

### 5. DADES BANCÀRIES - IBAN

CODI PAÍS	ENTITAT	SUCURSAL	D.C.	Nº COMPTE

### 6. DADES FISCALS

Tipus voluntari de retenció per IRPF: \_\_\_\_\_ %  
(no s'acceptarà un percentatge inferior al legal establert)

### 7. AL·LEGACIONS

--

### 8. A QUI PERTANY

<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
--	--	--	--

**DECLARO**, sota la meua responsabilitat, que són certes les dades que consigno en aquesta sol·licitud, i que assumeixo l'obligació de comunicar a la mútua qualsevol canvi en les dades declarades que es pugui produir mentre cobri la prestació i

**SOL·LICITO**, mitjançant aquesta sol·licitud, que es cursi la meua petició de prestació per incapacitat temporal, i que s'adoptin totes les mesures necessàries per a la seva resolució.

Signatura

\_\_\_\_\_, de/d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nota: D'acord amb la normativa vigent de protecció de dades de Caràcter Personal, l'informem que les dades de caràcter personal que ens faciliti amb la complementació del present formulari seran incorporades a un fitxer titularitat de EGARSAT MATEPSS nº276, amb la finalitat de gestionar la sol·licitud de la prestació econòmica per risc durant l'embaràs. La negativa a facilitar la informació sol·licitada impedirà absolutament complir les finalitats abans descrites. Així mateix, l'informem que les seves dades podran ser comunicades a les entitats públiques competents amb empara al previst en la normativa en vigor. Vostè té dret a exercir els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació, mitjançant l'enviament d'una carta a EGARSAT MATEPSS nº 275, a Av. Roquetes, nº 63-65, 08174, Sant Cugat del Vallès, Barcelona.