

PARTE DE MATERNIDAD



1) <input type="checkbox"/> Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto: _____ Fecha del inicio del descanso maternal: _____	_____ _____
2) <input type="checkbox"/> El parto ya ha tenido lugar Fecha del parto: _____ Nº de hijos nacidos en este parto: _____	_____ _____

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre:	
	Nombre	Número de afiliación	Especialidad:	
			Entidad médica:	
			Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado: <input style="width: 100px;" type="text"/>	

2	I N F O R M E M É D I C O	Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese): _____
		Fecha y firma del facultativo: _____

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

PARTE DE MATERNIDAD



1) <input type="checkbox"/> Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto: _____ Fecha del inicio del descanso maternal: _____	____/____/____ ____/____/____
2) <input type="checkbox"/> El parto ya ha tenido lugar Fecha del parto: _____ Nº de hijos nacidos en este parto: _____	____/____/____ _____

DPS 11004.2 (12/10) Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y Nombre:	
	Nombre	Número de afiliación.	Especialidad:	
			Entidad médica:	
			Fecha __/__/____ Lugar: _____	
			Firma: _____	
			Nº de colegiado: <input style="width: 150px;" type="text"/>	

2	<p>Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese): _____</p>
	<p>Fecha y firma del facultativo: _____</p>

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.