

### DECLARACION PERSONAL DE HIJOS A CARGO DEL SOLICITANTE DE LA PRESTACION DE I.T

(Sólo para trabajadores que hayan solicitado la prestación de I.T. derivada de Contingencias Comunes y cuya causa sea por extinción de la Relación Laboral)

#### DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos y nombre: .....

DNI/NIE: .....

DATOS DE HIJOS MENORES DE 26 AÑOS O MAYORES INCAPACITADOS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS QUE CONVIVAN O ESTEN A SU CARGO Y DEPENDAN ECONOMICAMENTE DE USTED POR TENER UNAS RENTAS MENSUALES, DE CUALQUIER NATURALEZA, INFERIORES AL SALARIO MINIMO INTERPROFESIONAL, EXCLUIDAS DOS PAGAS EXTRAORDINARIAS.

Apellidos y nombre	DNI/NIE/ Pasaporte	Fecha de nacimiento	Grado de minusvalía igual o superior al 33%
			<input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si
			<input type="checkbox"/> No

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Incapacidad Temporal, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

En ....., a ..... de ..... de 2.0\_\_

Nota: De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de carácter Personal, le informamos que sus datos serán incluidos en ficheros de su Mutua con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Para ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/199 de 13 de Diciembre, pide dirigirse mediante escrito a su Mutua