



Comunicación de parte de ALTA/CONFIRMACIÓN/BAJA médica de incapacidad temporal

<input type="checkbox"/>	FUNCIONARIO
<input type="checkbox"/>	LABORAL

D. _____ con D.N.I. nº _____,
y domiciliado en C/ _____ de _____, empleado
del Excmo Ayuntamiento de Vélez-Málaga, en el Área de _____.

REPRESENTANTE

D. _____ con D.N.I. nº _____,
y domiciliado en C/ _____ de _____ en calidad
de _____

Expone

Por el presente, y en virtud de lo establecido en el artículo 10.2 de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, se adjunta documento justificativo de la incapacidad temporal expedido por el facultativo sanitario:

Tipo de parte médico	Parte de baja	
	Parte de confirmación	
	Parte de alta	

En Vélez-Málaga _____ de _____ de 20_____

El/La empleado/a,

Fdo.: _____

EXCMO. SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL EXCMO. AYUNTAMIENTO DE VÉLEZ-MÁLAGA

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa al interesado que los datos facilitados serán incluidos en un fichero propiedad del Excmo. Ayuntamiento de Vélez-Málaga con la finalidad de proceder a la tramitación de la solicitud realizada. Asimismo, se informa a la persona interesada de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la legislación vigente, mediante escrito presentado en el Excmo. Ayuntamiento de Vélez-Málaga, Plaza de los Carmelitas, 12. 29700 Vélez-Málaga (Málaga).