

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL**
**1. DATOS PERSONALES**

Primer apellido					Segundo apellido				
Nombre				Teléfono		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE	Fecha de nacimiento
Domicilio (calle o plaza)									
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código Postal	Localidad			
Provincia					Situación de IT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Fin de Contrato		e-mail

**2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA**

Nombre de la empresa					C.C.C.		Teléfono		
Dirección				Localidad				Código Postal	
Asesoría / Gestoría				Tel. Asesoría		e-mail Asesoría			
Nombre de la Sociedad de Prevención Ajena									

**3. DATOS DE LA PRESTACIÓN**

<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Ajena	Fecha de Suspensión del Contrato:	Fecha de Nacimiento del Hijo:
<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Propia	Fecha de Cese de la Actividad:	Fecha de Nacimiento del Hijo:

**4. DOCUMENTACIÓN**

<input type="checkbox"/> Certificado de Bases de Cotización.	<input type="checkbox"/> Certificado Médico Servicio Público de Salud sobre lactancia natural.	<input type="checkbox"/> Certificado del INSS de fin de Maternidad.
<input type="checkbox"/> Declaración Empresarial del Puesto de Trabajo y Riesgo.	<input type="checkbox"/> Fotocopia del NIF - NAE.	<input type="checkbox"/> Declaración situación de la Actividad (sólo cuenta Propia).
<input type="checkbox"/> Declaración Empresarial de Suspensión del Contrato.	<input type="checkbox"/> Fotocopia del libro de familia.	<input type="checkbox"/> Modelo 145 IRPF: Comunicación de datos a pagador.

**5. DATOS BANCARIOS**

ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	Nº CUENTA

**6. DATOS FISCALES**

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ % (no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)
--

**7. ALEGACIONES**

--

**8. A QUIÉN PERTENECE**

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

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.

Firma del interesado

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

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 de la Seguridad Social. Para ejercitar sus derecho de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, puede dirigirse mediante escrito a su Mutua.