



## **ANEXO.- PROCEDIMIENTO ABREVIADO**

### **SOLICITUD DE ABONO DEL COMPLEMENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.- (INST. 4/2015 GERENCIA PARA SUPUESTOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, HOSPITALIZACIÓN O DE INICIO DE LA INCAPACIDAD DURANTE EL ESTADO DE GESTACIÓN)**

<b>1. Datos personales</b>			
Primer apellido		DNI	
Segundo apellido		Teléfono	
Nombre		E-mail	
<b>2. Datos laborales</b>			
Puesto			
Centro		Campus	
Dirección		Teléfono	
Colectivo	<input type="checkbox"/> PAS	<input type="checkbox"/> PDI	<input type="checkbox"/> Otros
	<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Laboral	
<b>3. Fecha de inicio de la incapacidad temporal</b>			
<b>4. Documentación que se aporta (*)</b>			
<input type="checkbox"/> Justificante de la estancia hospitalaria emitida por centro hospitalario			
<input type="checkbox"/> Documento justificativo de la práctica de la intervención quirúrgica			
<input type="checkbox"/> Documento justificativo del estado de gestación			
<input type="checkbox"/> PARTE MÉDICO DE BAJA (OBLIGATORIO, salvo que haya sido ya aportado)			
<b>5. Lugar, fecha y firma</b>			
En Córdoba, a ___ de _____ de ____			
Fdo. _____.			