

Solicitud de prestación por incapacidad temporal

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS

DNI

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DETALLE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD

CENTRO MÉDICO O PROFESIONAL QUE CERTIFICA LA INCAPACIDAD

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

INFORME MÉDICO QUE ACREDITA LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

CERTIFICADO DE BAJA LABORAL.

COPIA DEL DNI/NIF.

SOLICITUD DE PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Solicito la prestación por Incapacidad Temporal conforme a lo establecido en los Estatutos y Reglamento de Montepío del Igualatorio EPSV.

FECHA

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE