



INSTRUCCIONES AL DORSO

**ALTA DE MUTUALISTA EN EJERCICIO DE DERECHO DE OPCIÓN
(Disposición Final 6ª de la Ley 3/2017, de 27 de junio)**

NÚMERO DE AFILIACIÓN	REGISTRO DE PRESENTACIÓN
<input type="text"/>	
FECHA DE ALTA EN MUFACE	REGISTRO DE ENTRADA EN MUFACE

S O L I C I T U D

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
D.N.I. / N.I.E.		Fecha de nacimiento		Sexo <input type="checkbox"/> V Varón <input type="checkbox"/> M Mujer	
Domicilio		Número, piso y letra	Municipio		Código postal
Provincia	País		Teléfonos		Correo electrónico

2. DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN

<input type="checkbox"/> 1 Domicilio habitual	Domicilio		Número, piso y letra
<input type="checkbox"/> 2 Otro domicilio (detallar a continuación):			
Municipio	Código postal	Provincia	País

3. DATOS PROFESIONALES

CUERPO O ESCALA DE ORIGEN	Nombre del Cuerpo		Código numérico del Cuerpo	
	Situación administrativa: <input type="checkbox"/> V1 Excedencia voluntaria <input type="checkbox"/> OT Otra (indicar):			
CUERPO O ESCALA ACTUAL	Nombre del Cuerpo		Código numérico del Cuerpo	
	Situación administrativa:			
	<input type="checkbox"/> AC Servicio activo	<input type="checkbox"/> TR Servicios en Comunidades Autónomas	<input type="checkbox"/> VC Excedencia cuidado familiares	<input type="checkbox"/> PR Suspensión provisional
	<input type="checkbox"/> JU Jubilación	<input type="checkbox"/> SX Servicios especiales	<input type="checkbox"/> PI En prácticas	<input type="checkbox"/> EF Excedencia forzosa
<input type="checkbox"/> V1 Excedencia voluntaria	<input type="checkbox"/> PE Pérdida de la condición de funcionario	<input type="checkbox"/> EU Servicios especiales transferencia derechos pasivos a la UE	<input type="checkbox"/> FI Suspensión firme	
Ministerio o Comunidad Autónoma de destino		Municipio de destino		Provincia de destino

4. ELECCIÓN DE ENTIDAD MÉDICA

Cumplimente este dato cuando no estuviese en alta en MUFACE y cuando, existiendo cambio de provincia, desee también cambiar de Entidad.

Entidad	Código	Fecha de alta en la Entidad
---------	--------	-----------------------------

5. DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

Fotocopia del DNI

Documentación acreditativa de la situación administrativa en el Cuerpo o Escala de origen

Acuerdo de toma de posesión en Cuerpo o Escala al que accedió por promoción interna

Documentación acreditativa de la situación administrativa actual en el Cuerpo o Escala al que promocionó

De conformidad con lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, MUFACE procederá a recabar electrónicamente sus datos de identidad y residencia a través de la Plataforma de Intermediación de Datos, salvo que manifieste expresamente su oposición cumplimentando al efecto el siguiente recuadro

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: A los efectos señalados en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE del día 14), de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), se advierte que el presente formulario contiene datos de carácter personal, que formarán parte del fichero "colectivo", del que es responsable la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, que serán tratados al objeto de gestionar y resolver la presente solicitud. Conforme a la LOPD, podrá ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a la Dirección General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, con sede en el paseo de Juan XXIII, número 26 - 28040 Madrid.

De conformidad con lo previsto en el artículo 21.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre se informa que, con la recepción de la presente solicitud en cualquier registro de MUFACE se procede a la incoación de expediente administrativo en materia de afiliación que deberá ser resuelto en el plazo de un mes mediante resolución expresa, o mediante la emisión del correspondiente documento de afiliación, siendo estimatorios por silencio administrativo los efectos de la falta de resolución expresa en el citado plazo. Para obtener mayor información sobre el procedimiento a que da lugar su solicitud, podrá dirigirse al Servicio Provincial de Muface de su provincia de residencia o de su destino, si se encontrase en activo.	LUGAR Y FECHA:
	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)
	(Nombre, apellidos, DNI del representante)

MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO

