



IDENTIFICACIÓ DE L'EXPEDIENT	REGISTRE DE PRESENTACIÓ
SERVEI PROVINCIAL	
OFICINA DELEGADA	
CODI DE L'EXPEDIENT	REGISTRE D'ENTRADA A MUFACE

SOL·LICITUD DE REONEIXEMENT MÈDIC A PETICIÓ DEL MUTUALISTA

1	DADES DEL MUTUALISTA			
	Número d'afiliació	Primer cognom	Segon cognom	Nom
	Domicili: carrer o plaça i número		Codi postal	Localitat
	Província	País	Telèfon	NIF / Passaport / D. identificació (UE)
	DOMICILI A EFECTES DE NOTIFICACIÓ (complimentar voluntàriament). Carrer o plaça i número			
	Codi postal	Localitat	Província	País
	Si desitgeu rebre informació sobre la tramitació d'aquesta sol·licitud, indiqueu-nos si us plau la vostra direcció de correu electrònic: _____@_____			

2	DADES PROFESSIONALS		
	Destí (denominació de l'òrgan, de la Unitat Administrativa)		Centre Directiu
	Domicili	Codi Postal	Localitat
	Província	País	

3	MOTIU DE LA SOL·LICITUD	
	DENEGACIÓ DE LLICÈNCIA : SI	
	CAUSA DE LA DENEGACIÓ (motivació del document de denegació de llicència de l'òrgan de personal)	
	DATA EN LA QUÈ REP COMUNICACIÓ DE LA DENEGACIÓ:/...../..... o, si s'escau, DATA DE LA DENEGACIÓ:/...../.....	

4	DOCUMENTACIÓ A PRESENTAR EN EL MOMENT DEL REONEIXEMENT	
	<input checked="" type="checkbox"/> Comunicat de baixa expedid pel metge de la situació d'IT per la què es denega la llicència	
	<input checked="" type="checkbox"/> Resultat del reconeixement mèdic en què es basa la denegació de la llicència	
ALTRES DOCUMENTS D'APORTACIÓ VOLUNTÀRIA		

EM COMPROMETO SOTA LA MEVA RESPONSABILITAT A:	
<ol style="list-style-type: none"> Adreçar-me a la Unitat Mèdica que m'assignin perquè em realitzi el reconeixement mèdic que sol·licito. Adreçar-me al reconeixement en el lloc, la data i l'hora que se m'indiqui en la citació. Aportar, a la Unitat Mèdica que em faci el reconeixement, tota la documentació, informes i proves diagnòstiques que tingui en el meu poder i que siguin rellevants per a l'avaluació que em facin. Lliurar una còpia d'aquesta sol·licitud de reconeixement mèdic a l'òrgan de personal competent. 	
AUTORITZO l'accés dels facultatius de les unitats mèdiques de Seguiment al meu historial mèdic en poder les unitats mèdiques que depenguin o prestin la seva col·laboració amb l'òrgan de personal competent y AUTORITZO MUFACE a recaptar electrònicament les dades d'identitat i residència a través de la Plataforma d'Intermediació de Dades (art.28.2 Llei 39/2015 d'1 d'octubre), sense perjudici de poder revocar la meua autorització en qualsevol moment mitjançant escrit dirigit a MUFACE.	
Lloc, data i firma del sol·licitant o del seu representant degudament acreditat (Art. 5 Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del PAC de lesAAPP)	

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL: De conformitat amb el que disposa l'article 5.1 de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, us informem que les vostres dades personals s'incorporaran al fitxer de MUFACE per a la gestió de les situacions d'incapacitat temporal, risc durant l'embaràs i risc durant la lactància natural, el responsable del qual és la Direcció General de MUFACE. Així mateix, us informem que podeu exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant el responsable del fitxer.

Sr. Director del Servei Provincial de MUFACE

INFORMACIÓ SOBRE LA SOL·LICITUD DEL RECONeixEMENT MÈDIC

Segons preveu l'article 90.3 del Reglament General del Mutualisme Administratiu, en aquelles situacions en les quals un òrgan de personal denegui la llicència a un mutualista per existir contradicció entre el comunicat de baixa presentat pel mutualista expedit per un metge de l'Entitat Mèdica o Servei Públic de Salut al qual figuri adscrit i el sentit de l'informe emès per les unitats mèdiques que depenguin o prestin la seva col·laboració amb l'òrgan de personal competent per expedir la llicència, **el mutualista podrà optar**, amb comunicació a aquest òrgan de personal, **per demanar a MUFACE una valoració del cas** per les Unitats Mèdiques de Seguiment de les quals disposi MUFACE en virtut dels instruments de col·laboració que hagués subscrit.

Aquesta sol·licitud serà presentada pel mutualista en el termini màxim de deu dies hàbils comptats des de la data en què l'òrgan de personal li comunicu la denegació de la llicència i no suspèn els efectes de la decisió denegatòria

El mutualista lliurarà còpia de la sol·licitud a l'òrgan de personal competent.

Per a la seva admissió per MUFACE, aquesta sol·licitud anirà acompanyada de còpia dels següents documents: del comunicat de baixa de la situació d'IT per la qual es denega la llicència, del resultat del reconeixement mèdic en què es basa la denegació de la llicència i de l'historial mèdic de la situació d'IT de què es tracti, perquè la Unitat Mèdica de Seguiment dugui a terme el reconeixement i elabori el corresponent informe. Els originals d'aquests documents es presentaran pel mutualista en el moment del reconeixement.

El mutualista consent expressament l'accés de la Unitat Mèdica de Seguiment (INSS / ICAM) a l'historial mèdic en poder de les unitats mèdiques que depenguin o prestin la seva col·laboració amb l'òrgan de personal competent.

El resultat d'aquesta valoració tindrà caràcter vinculant per a la nova resolució a dictar per l'òrgan de personal, la qual, d'acord amb aquesta vinculació, confirmarà la denegació de la llicència o revocarà la resolució inicial, procedint a concedir la llicència amb la mateixa data d'efectes de la resolució revocada.

Contra la nova resolució podrà interposar-se el recurs procedent, sense que, en cap cas, càpiga instar una nova valoració mèdica.