



## 1.1 MUTUALISTA

### 1- DATOS IDENTIFICATIVOS

Primer apellido ..... Segundo apellido ..... Nombre .....

Número de afiliación

Nº DNI

Teléfono  Correo @: ..... Entidad: .....

## 1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado

Apellidos y nombre: .....

Especialidad: .....

### 2 - DATOS MÉDICOS

1.  Aún no se ha producido el parto

Fecha probable del parto: .....

Fecha del inicio del descanso maternal: .....

2.  El parto ya ha tenido lugar

Fecha del parto: .....

Nº de hijos nacidos en este parto: .....

3. Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud?

No

Sí, debido a (especifíquese): .....

....., a .....de ..... de 20.....

(Fecha de expedición del parte)

Firma del facultativo

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)



1.1 MUTUALISTA

1- DATOS IDENTIFICATIVOS

Primer apellido ..... Segundo apellido ..... Nombre.....

Número de afiliación [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nº DNI [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Teléfono [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Correo @: ..... Entidad: .....

1.2 FACULTATIVO

Nº de colegiado [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Apellidos y nombre: .....

Especialidad: .....

2 - DATOS MÉDICOS

1.  Aún no se ha producido el parto

Fecha probable del parto: .....

Fecha del inicio del descanso maternal: .....

2.  El parto ya ha tenido lugar

Fecha del parto: .....

Nº de hijos nacidos en este parto: .....

3. Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud?

No

Sí, debido a (especifíquese): .....

....., a .....de ..... de 20.....

(Fecha de expedición del parte)

Firma del facultativo

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal que se faciliten serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar prestaciones sociales en el Régimen del Mutualismo Administrativo.

Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante el Director/a del Departamento de Prestaciones Sociales de MUFACE.

Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos> Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: [DPDMuface@muface.es](mailto:DPDMuface@muface.es)



## **INSTRUCCIONES**

- Todos los datos serán anotados por el médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud a que se encuentre adscrita la mutualista, responsable de su asistencia, marcando con “X” las cuadrículas correspondientes y reflejando la información solicitada.
- El punto 3 del apartado 2 “DATOS MÉDICOS” sólo deberá rellenarse y suscribirse por el médico en el caso de que **la madre haya manifestado su intención de incorporarse a su puesto de trabajo** una vez transcurrido el período de descanso obligatorio para ella, y antes de que concluya el período de descanso voluntario. En tal caso:
  - Si el parte de maternidad es expedido una vez que el parto ha tenido lugar, el punto 3 del apartado 2 podrá rellenarse y suscribirse en ese mismo documento.
  - Si, por el contrario, el parte de maternidad se expidiera con antelación al parto, el punto 3 del apartado 2 se deberá rellenar y suscribirse en un segundo parte de maternidad expedido con posterioridad al parto, a instancia de la madre.
- Los partes de maternidad se entregarán al órgano de personal competente dentro de los cuatro días hábiles siguientes al parto o al comienzo del descanso, en el caso de que se inicie éste con anterioridad al mismo.