

**ANEXO 1**

**SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL ABONO DEL 100 % DEL  
COMPLEMENTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, SEGÚN RESOLUCIÓN  
RECTORAL DE 20/03/2013**

<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"/> Informe médico que reconozca la práctica de la intervención quirúrgica			
<input type="checkbox"/> Informe médico que especifique la patología padecida y copia para interesado/a del parte de baja por incapacidad temporal.			
<input type="checkbox"/> Otros			
<input type="checkbox"/> El/la abajo firmante <b>DECLARA que cumple todos los requisitos y condiciones previstos en la Resolución de 20 de marzo a efectos de que, provisionalmente, en tanto recae la resolución correspondiente, no se practique reducción alguna en sus retribuciones.</b> En cualquier caso, de ser denegatoria la resolución de esta solicitud e independientemente de los recursos que quepa interponer contra la misma, se regularizará los haberes percibidos indebidamente aplicando las oportunas reducciones en la siguiente nómina.			
<b>5. Lugar, fecha y firma</b>			
En Córdoba, a ___ de _____ de ____			
Fdo. _____.			
(*) Autorizo a la Unidad de Vigilancia de la Salud para la custodia en mi expediente clínico-laboral de la documentación aportada que considere oportuna.			

(SERVICIO DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN)

**ANEXO 2**

**Relación de excepciones contempladas en el artículo 3.5 de la Resolución Rectoral de 20 de marzo de 2013 por la que se determina el complemento de las prestaciones por incapacidad temporal del personal de la Universidad de Córdoba.**

- Hospitalización.
- Intervención quirúrgica.
- Enfermedad grave, dentro de los supuestos que establece el R.D. 1148/2011, de 29 de julio.
- Enfermedad grave por supuesto de similar gravedad al punto anterior, determinado por el facultativo médico adscrito al Servicio de Prevención.
- Embarazo.
- Procesos de incapacidad temporal que impliquen tratamientos de radioterapia, quimioterapia o diálisis.
- Enfermedades ocasionadas por situaciones de riesgo psicosocial.
- Incapacidad temporal derivada por motivos de violencia de género.
- Fibromialgia.
- Incapacidad derivada de alcoholismo y otros hábitos tóxicos.
- Supuesto (indicar código CIE-9-M/C: \_\_\_\_\_) del anexo a la Resolución de 10 de noviembre de 2016, de la Secretaría General para la Administración Pública (BOJA núm. 219, de 15 de noviembre).

*Nota: Deberá indicar el supuesto o supuestos a los que se acoge y acompañar la documentación acreditativa que estime conveniente.*

**Relación de documentos que se acompañan:**

--

Córdoba, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo. -----