

**ANEXO I
MODELO PRESENTACIÓN PARTES MÉDICOS**

| DATOS DE LA PERSONA INTERESADA | | | |
|---------------------------------------|------------|---------|----------------|
| Apellidos y Nombre: | | D.N.I.: | |
| Domicilio: | | | Código Postal: |
| Municipio: | Provincia: | Isla: | |
| Teléfono para seguimiento médico: | | | |
| Correo electrónico de notificaciones: | | | |

| DATOS PROFESIONALES | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| Personal Funcionario <input type="checkbox"/> | Personal Laboral <input type="checkbox"/> | Personal Estatutario <input type="checkbox"/> | Otros: <input type="checkbox"/> |
| Consejería o Entidad: | | | |
| Centro Directivo: | | | |
| Puesto de Trabajo: | | | |
| Número de Afiliación: | | | |
| <input type="checkbox"/> Régimen General de la Seguridad Social: | | | |
| Regímenes especiales: <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> MUGEJU <input type="checkbox"/> Otros | | | |

| SE ADJUNTA PARTE MÉDICO |
|--|
| <input type="checkbox"/> Baja: |
| <input type="checkbox"/> Confirmación: |
| <input type="checkbox"/> Alta: |

Ena..... dede

Fdo.

El tratamiento de los datos de carácter personal aquí recogidos se ceñirá a lo estipulado por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la citada Ley. El titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante la Inspección General de Servicios de la Consejería de Presidencia, Justicia e Igualdad, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la referida Ley.