

**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.