

DECLARACIÓ DEL TREBALLADOR (Sistema inactivitat)

El Sr./La Sra.: _____,
amb DNI/NIE _____

o, en el seu nom, el Sr./la Sra.: _____,
amb DNI/NIE _____

DECLARA

A l'efecte que se li autoritzi l'expedient de pagament directe de la incapacitat temporal de data _____:

- Que (marcar un camp)

- no es troba inclòs en el Sistema d'inactivitat (Reg 0161)
- ¹trobant-se inclòs en el sistema d'inactivitat (Reg 0161), es troba al corrent dels pagaments de Seguretat Social als que obliga aquesta inclusió.

¹ En aquest cas, cal adjuntar els justificants de pagament dels dos mesos anteriors a la baixa mèdica

- Que les dades que consigna a continuació són certes i queda assabentat/ada de l'obligació de comunicar a **umivale** qualsevol variació que es pogués produir en la informació facilitada. Així mateix, es compromet a retornar les quantitats percebudes indegudament, derivades d'una informació errònia facilitada en aquesta declaració.

A _____, ____ de _____ de 20__

Signatura:

Informació sobre protecció de dades personals

- **Responsable:** **umivale**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 15, Av. Reial Monestir de Poblet, 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Contacte Delegat de Protecció de Dades: dpd@umivale.es
- **Finalitat i legitimitació:** Facilitar-ne la gestió administrativa, assistencial i econòmica de les prestacions que li són pròpies en l'àmbit de la Seguretat Social. Aquest tractament es realitza per tal de complir amb les obligacions legals aplicables a **umivale** en la seva condició de Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social.
- **Destinatari:** Tercers proveïdors de serveis que tenen accés a les dades personals. Seguretat Social i organismes dependents. Jutjats i tribunals. Entitats bancàries, caixes d'estalvis i caixes rurals.
- **Drets:** Podrà accedir, rectificar i suprimir les seves dades, oposar-se a determinats tractaments i exercir el seu dret a limitar el tractament o la portabilitat de les seves dades i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en un tractament automatitzat de les seves dades. Per escrit, mitjançant una sol·licitud adreçada a **umivale**, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 15, Av. Reial Monestir de Poblet, 20, CP: 46930, Quart de Poblet (València). Presencialment, a qualsevol dels nostres centres, enviant un missatge de correu electrònic a l'adreça dpd@umivale.es
- **Informació adicional:** Pot consultar la informació adicional i detallada en matèria de protecció de dades a l'enllaç següent: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>