

DECLARACIÓN DO TRABALLADOR (Sistema de inactividade)

D./D.^a: _____,
con DNI/NIE _____

ou no seu nome D./D.^a: _____,
con DNI/NIE _____

DECLARA

Para os efectos de que se lle autorice o expediente de pagamento directo da incapacidade temporal con data _____:

- Que (*marcar un campo*)

- non se atopa incluído no Sistema de inactividade (Rex. 0161)
- ¹estando incluído no Sistema de inactividade (Rex. 0161), **atópase ao corrente dos pagamentos** da Seguridade Social, aos que obriga a devandita inclusión.

¹ Neste caso, achegar os xustificantes de pagamento dos dous meses anteriores á baixa médica

- Que son certos os datos que consigna a continuación, e queda notificado/a da obriga de comunicar a **umivale** calquera variación que puidese producirse na información fornecida. Así mesmo, comprométese a devolver as cantidades percibidas indebidamente que puidesen xerarse dunha información errónea facilitada na devandita declaración.

En _____, a ____ de _____ do 20__

Sinatura:

Información sobre protección de datos persoais

- **Responsable:** **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia) - Contacto Delegado de Protección de Datos: dpd@umivale.es
- **Finalidade e lexitimación:** Facilitar a xestión administrativa, asistencial e económica das prestacións que lle son propias no ámbito da Seguridade Social. Este tratamento realízase no marco do cumprimento das obrigas legais aplicables a umivale en calidade de Mutua Colaboradora coa Seguridade Social.
- **Destinatarios:** Terceiros provedores de servizos que teñen acceso aos datos persoais. Seguridade Social e organismos dependentes. Xulgados e tribunais. Entidades bancarias, caixas de aforros e caixas rurais.
- **Dereitos:** Poderá acceder, rectificar, suprimir, opoñerse a determinados tratamentos, así como exercer o seu dereito á limitación do tratamento, á portabilidade e a non ser obxecto dunha decisión baseada unicamente no tratamento automatizado dos seus datos. Por escrito, mediante unha solicitude dirixida a **umivale**, Mutua Colaboradora coa Seguridade Social n.º 15, Avda. Reial Monestir de Poblet n.º 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia). Presencialmente, en calquera dos nosos centros, enviando un correo electrónico ao seguinte enderezo: dpd@umivale.es
- **Información adicional:** Pode consultar a información adicional e detallada sobre a Protección de Datos na seguinte ligazón: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>