

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 efectes que se li autoritze l'expedient de pagament directe de la incapacitat temporal amb 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 pagament** de la Seguretat Social, als quals obliga esta inclusió.

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

- Que són certes les dades que consigna a continuació i és coneixedor/a de l'obligació de comunicar a **umivale** qualsevol variació que pugua produir-se en la informació facilitada. Així mateix, es compromet a retornar les quantitats percebudes indegudament, que pogueren generar-se d'una informació errònia facilitada en esta declaració.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma:

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 legitimació:** 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 seua condició de Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social.
- **Destinataris:** 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 seues dades, oposar-se a determinats tractaments i exercir el seu dret a limitar el tractament o la portabilitat de les seues dades i a no ser objecte d'una decisió basada únicament en un tractament automatitzat de les seues 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 addicional:** Pot consultar la informació addicional i detallada en matèria de protecció de dades a l'enllaç següent: <https://www.umivale.es/protecciondedatos>