

Fecha de entrada: _____

Nº Expediente: _____

A rellenar por FREMAP.

SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO A LA LACTANCIA NATURAL

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de su solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación.

MUY IMPORTANTE: LA PRESTACIÓN ECONÓMICA QUE SOLICITA NO PODRÁ RECONOCERSE SI PREVIAMENTE NO LE HA SIDO EXTENDIDO POR FREMAP EL CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE SE ESTABLEZCA LA EXISTENCIA DEL RIESGO PARA EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-TIE
-----------------	------------------	--------	-------------

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

Fecha de suspensión del contrato..... Fecha de cese de la actividad (cuenta propia).....
Fecha probable del parto.....

RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

Fecha de suspensión del contrato..... Fecha de cese de la actividad (cuenta propia).....
Fecha nacimiento del hijo.....

En ambos casos, indique los puestos de trabajo o funciones compatibles con su estado que podría seguir desarrollando, así como las razones por las que el cambio no es posible

.....
.....
.....
.....

3. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF %

Si su residencia fiscal está en TERRITORIO FORAL, a efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tabla general, Número de hijos..... Tabla de pensiones Tipo voluntario.....%

Apellidos y nombre:	DNI-NIE-TIE
---------------------	-------------

4. DATOS BANCARIOS PARA EL COBRO DE LA PRESTACIÓN MEDIANTE TRANSFERENCIA

	ENTIDAD FINANCIERA	Núm. AGENCIA O SUCURSAL	DOMICILIO	Núm.
CÓDIGO	NOMBRE DE LA ENTIDAD			
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	
Número Código Cuenta Cliente (CCC)				
ENTIDAD		OFICINA / SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a FREMAP cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

MANIFIESTO, mi consentimiento para la aportación, consulta u obtención de copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para que mis datos de identificación personal y residencia puedan ser consultados, con garantía de confidencialidad, en el caso de acceso informatizado a dichos datos.

....., a de de 20.....

Firma de la solicitante.