



Nº SEG. SOCIAL:

C.I.F.: - -

RAZÓN SOCIAL:

Mod.: FLC-PR-F39_2023

Anexo a la solicitud de prestación
DEVOLUCIÓN DE ANTIGÜEDAD
**CERTIFICACIÓN DE DATOS SOBRE
INCAPACIDAD TEMPORAL DE LOS/LAS TRABAJADORES/AS**

D./D^a. , con D.N.I. - -

como representante de la empresa arriba referenciada, a los efectos de la Prestación de la Devolución de la Antigüedad del periodo , CERTIFICA que:

MARCAR CON "X" LO QUE PROCEDA

LOS/LAS TRABAJADORES/AS RELACIONADOS/AS EN EL PRESENTE DOCUMENTO HAN PERMANECIDO EN SITUACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN LAS FECHAS INDICADAS

NO HA HABIDO TRABAJADORES/AS EN SITUACIÓN DE IT DURANTE EL PERIODO INDICADO

FIRMA Y SELLO DE LA EMPRESA

Fecha:

DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A		TIPO DE I.T. (marcar con "X" lo que proceda. Indique las fechas correspondientes)					
D.N.I./N.I.E	NOMBRE Y APELLIDOS				(*)	FECHA INICIO HOSPITALIZACIÓN	FECHA FIN HOSPITALIZACIÓN
		FECHA DE BAJA	FECHA DE ALTA				
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> E.C. <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> MAT.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> A.L.H.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

La persona representante declara, bajo responsabilidad de falsedad u ocultación, que los datos facilitados en el presente formulario y en sus anexos o requerimientos adicionales son ciertos. De conformidad con lo establecido en la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) o la normativa que lo sustituya y/o desarrolle, queda informada de la incorporación de sus datos a los ficheros de la Fundación Laboral de la Construcción del Principado de Asturias (FLC), CIF núm. G33125816, sita en L'Alto'l Caleyú, 2, Ribera de Arriba, Asturias (E33170), para su uso interno, gestión y coordinación de prestaciones de carácter económico y de servicios ofrecidos, la comprobación del cumplimiento de los requisitos de la prestación, así como para la oferta de servicios y remisión de informaciones o comunicaciones del sector y de FLC que pudieran ser de su interés (p. ej: FLC Informa, Memoria de Actividades, ...), para lo cual da su autorización. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación dirigiendo un correo a la dirección lopd@flc.es

A través de su firma, presta su conformidad a la recogida de datos, así como a la comunicación para los citados fines que pueda realizar FLC con otras entidades relacionadas con la prestación de servicios de la entidad (autorizadas por el Real Decreto 1796/2010, entidades públicas o privadas que regulan o subvencionan las prestaciones o servicios de FLC, así como, en su caso, entidades que firmen un convenio con FLC para el desarrollo de un programa de prestaciones) o auxiliares de éstas, en los términos previstos legalmente. Igualmente, autoriza a FLC a contrastar con las Administraciones Públicas los datos personales necesarios para el trámite de la solicitud, incluso aquellos protegidos por la normativa anteriormente referida. Estos datos permanecerán en los ficheros de datos mientras persista una relación con el sector de la construcción.