



Servicio de
Personal Docente
e Investigador
Universidad Zaragoza

INCAPACIDAD TEMPORAL MUFACE
**Declaración responsable por imposibilidad de
disponer del parte médico de baja,
confirmación o alta**

D./Dña.:	
DNI:	

En cumplimiento de lo dispuesto en el apartado 3 de la resolución de 13 de abril de 2020 (Boletín Oficial del Estado de 15 de abril), de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, por la que se garantiza durante el estado de alarma la continuidad del abono del subsidio por incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural de los mutualistas y de conformidad con el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, formulo la siguiente

DECLARACIÓN RESPONSABLE

- Padezco una patología por diagnosticar por la que no puedo prestar servicios, o por cualquier otro motivo, no dispongo del parte médico de **BAJA**
- No es posible acudir a reconocimiento médico del proceso patológico que vengo padeciendo y no dispongo del parte médico de **CONFIRMACIÓN** o de **ALTA**

Causa que me impide obtener el parte médico:

--

Asimismo, me comprometo a aportar el parte médico correspondiente tan pronto como pueda ser atendido por un médico y, en todo caso, tras la conclusión del estado de alarma.

Fecha y firma