

PARTE DE MATERNIDAD

1) ☐ Aún no se ha producido el parto	____/____/____
Fecha probable del parto:	____/____/____
Fecha del inicio del descanso maternal:	____/____/____
2) ☐ El parto ya ha tenido lugar	____/____/____
Fecha del parto:	____/____/____
Nº de hijos nacidos en este parto:	

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	Apellidos y nombre: Especialidad: Entidad médica: Fecha ____/____/____ Lugar: Firma: Nº de colegiado:	
2	Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? ☐ No ☐ Sí, debido a (especifíquese):		Fecha y firma del facultativo:	

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

PARTE DE MATERNIDAD

1) ☐ Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto: _____ Fecha del inicio del descanso maternal: _____	____/____/____ ____/____/____
2) ☐ El parto ya ha tenido lugar Fecha del parto: _____ Nº de hijos nacidos en este parto: _____	____/____/____ _____

DPS 11004.2 (12/10) Ejemplar para el ÓRGANO DE PERSONAL

1	MUTUALISTA		FACULTATIVO	
	Primer apellido	Segundo apellido	<i>Apellidos y Nombre:</i> <i>Especialidad:</i> <i>Entidad médica:</i> <i>Fecha</i> __/__/__ <i>Lugar:</i> <i>Firma:</i> Nº de colegiado: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
2	Nombre		Número de afiliación.	
	Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? ☐ No ☐ Sí, debido a (especifíquese): _____ Fecha y firma del facultativo: _____			

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que sus datos personales se incorporarán al fichero de MUFACE para la gestión de las situaciones de incapacidad temporal, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, cuyo responsable es la Dirección General de MUFACE. Asimismo, se informa que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el responsable del fichero.

PARTE DE MATERNIDAD

INSTRUCCIONES

- Todos los datos serán anotados por el médico de la Entidad o del Servicio Público de Salud a que se encuentre adscrita la mutualista, responsable de su asistencia, marcando con “X” las cuadrículas correspondientes y reflejando la información solicitada.
- El apartado 2 “INFORME MÉDICO” sólo deberá rellenarse y suscribirse por el médico en el caso de que **la madre haya manifestado su intención de incorporarse a su puesto de trabajo** una vez transcurrido el período de descanso obligatorio para ella, y antes de que concluya el período de descanso voluntario. En tal caso:
 - o Si el parte de maternidad es expedido una vez que el parto ha tenido lugar, el apartado 2 podrá rellenarse y suscribirse en ese mismo documento.
 - o Si, por el contrario, el parte de maternidad se expidiera con antelación al parto, el apartado 2 se deberá rellenar y suscribirse en un segundo parte de maternidad expedido con posterioridad al parto, a instancia de la madre.
- Los partes de maternidad se entregarán al órgano de personal competente dentro de los cuatro días hábiles siguientes al parto o al comienzo del descanso, en el caso de que se inicie éste con anterioridad al mismo.