



ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO AMBOS PUEDEN SER BENEFICIARIOS

DATOS SOLICITANTE

D./D.ª	
DNI - NIE - Pasaporte	Número de la Seguridad Social

DATOS OTRO PROGENITOR

D./D.ª	
DNI - NIE - Pasaporte	Número de la Seguridad Social

como progenitores/adoptantes/tutores del/de la menor y teniendo ambos el derecho a solicitar la prestación,

ACUERDAN:

Que sea D./ D.ª
quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave,
que iniciará con fecha

Alguno de los progenitores se encuentra en las situaciones que a continuación se relacionan: Sí NO
(en caso afirmativo, indique en cuál)

	Desde	Solicitante	Cónyuge
Incapacidad temporal	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesgo durante el embarazo y/o lactancia natural	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maternidad	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paternidad	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiempo parcial <input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reducción jornada <input type="text"/> %	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Firma del solicitante

Firma del otro progenitor

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos contenidos en el formulario de solicitud de prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave se incluirán en un fichero responsabilidad de **ACTIVA MUTUA 2008**, cuya finalidad es la tramitación de la gestión de la prestación solicitada.

El titular de los datos (si es mayor de 14 años) y/o los titulares de su patria potestad o tutela (si es menor de 14 años) autorizan el tratamiento de los mismos, incluidos en su caso los de salud, con la finalidad anteriormente detallada. Así mismo, le informamos que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en la dirección lodp@activamutua.es