

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONOMICA POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL¹

Datos Personales de la solicitante

D.N.I. / N.I.E..... Nº Afiliación S.S.....

Apellidos y Nombre

Domicilio.....

Localidad..... C. Postal..... Teléfono.....

Trabajadora por Cuenta Ajena:

Tipo de contrato: Fecha fin contrato:

Fecha de suspensión del contrato: Fecha de nacimiento del hijo/ a:

Trabajadora por Cuenta Propia:

Fecha de cese en la actividad:.....Fecha de nacimiento del hijo/ a:

Retención por IRPF

A efectos de retención por IRPF desea que se le aplique:

Tipo voluntario..... %

2 %

Número de cuenta:

ENTIDAD	OFICINA	DC	Nº CUENTA
— — — —	— — — —	— —	— — — — — — — — — —

Documentación que se aporta:

1. Certificado de empresa.
2. Libro de familia.
3. Fotocopia del número de cuenta.
4. Periódicamente, cada final de mes, Informe médico Servicio Público de Salud para acreditar la lactancia natural.

Sólo Autónomas:

5. Declaración de situación de actividad
6. 3 últimos recibos

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 la lactancia natural, manifestando que quedo enterada de la obligación de comunicar a Mutua Navarra cualquier variación de los mismos que pudiera producirse mientras perciba la prestación.

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

Firma de la Solicitante:

¹ De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos serán incluidos en nuestros ficheros automatizados con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, puede dirigirse mediante escrito a Mutua de Navarra - Polígono de Landaben – Calle F nº 4 – 31012 – Pamplona.