

PARTES DE MATERNIDAD

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS PARTES

La cumplimentación de estos Partes se realizará por el médico de la modalidad asistencial a que esté adscrita la afiliada, marcando con “X” las cuadrículas correspondientes y reflejando la información solicitada.

El apartado “INFORME MÉDICO”, solo deberá rellenarse y subscribirse por dicho médico en el supuesto 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:

- Si el parte de maternidad es expedido una vez que el parto ha tenido lugar, el apartado “INFORME MÉDICO” podrá rellenarse y subscribirse en ese mismo documento.
- Si, por el contrario, el parte de maternidad se expidiera con antelación al parto, el citado apartado deberá rellenarse y subscribirse en un segundo parte de maternidad expedido con posterioridad al parto, a instancia de la madre.

Los partes de maternidad deberán ser entregados por la afiliada al Órgano de Personal competente para autorizar el permiso de maternidad, dentro de los cuatro días hábiles siguientes a la fecha de su expedición por el médico.

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE TRATAMIENTO DE DATOS

Los datos personales facilitados serán incorporados al tratamiento de prestaciones por incapacidad e informes médicos cuya finalidad será tramitación de expedientes en situación de maternidad, siendo la base de legitimación del tratamiento el art. 6.1.c) y 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679; el ejercicio de competencias que se derivan del Real Decreto Legislativo 1/2000, Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas.

El Responsable del tratamiento es el ISFAS, ubicado en C/ Huesca,31 – 28020- Madrid, OFICINA_LOPD_ISFAS@mde.es. Delegado de Protección de Datos: dpd@mde.es.

Dichos datos no se cederán a terceros salvo obligación legal, garantizándose en todo caso el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de datos tal como se explica en la información adicional. Además no será objeto de decisiones individualizadas automatizadas según se detalla en la política de privacidad.

INFORMACIÓN ADICIONAL sobre el tratamiento y el ejercicio de derechos podrá consultarse en: [Política de Privacidad y en el Registro de Actividades de Tratamiento](#).

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | PARTE DE MATERNIDAD | |
| | El parto ya ha tenido lugar: Fecha del parto: Nº de hijos nacidos en este parto: _____ | ____/____/____ |
| | Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto: | ____/____/____ |
| | Fecha del inicio del descanso maternal | ____/____/____ |
| AFILIADO | | FACULTATIVO |
| Nº Afiliación Apellidos y Nombre: | | Apellidos y Nombre: Especialidad: Nº Colegiado: Entidad Médica: Lugar, Fecha y Firma. |
| INFORME MÉDICO | | |
| Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese): | | |

Ejemplar para el afiliado

 (Cortar por aquí) - - - - -

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | PARTE DE MATERNIDAD | |
| | El parto ya ha tenido lugar: Fecha del parto: Nº de hijos nacidos en este parto: _____ | ____/____/____ |
| | Aún no se ha producido el parto Fecha probable del parto: | ____/____/____ |
| | Fecha del inicio del descanso maternal | ____/____/____ |
| AFILIADO | | FACULTATIVO |
| Nº Afiliación Apellidos y Nombre: | | Apellidos y Nombre: Especialidad: Nº Colegiado: Entidad Médica: Lugar, Fecha y Firma. |
| INFORME MÉDICO | | |
| Transcurrido el período de descanso obligatorio para la madre, ¿la incorporación de ésta a su puesto de trabajo supone riesgo para su salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, debido a (especifíquese): | | |

Ejemplar para el Órgano de Personal