



**SOLICITUD DE CERTIFICACION A LOS EFECTOS DE LA INDEMNIZACIÓN PREVISTA PARA EL RIESGO DE INCAPACIDAD PROFESIONAL TOTAL Y PERMANENTE.**

D/D<sup>a</sup> ....., con D.N.I. nº ....., con domicilio a efectos de notificación en .....<sup>1</sup> de .....<sup>2</sup>, teléfonos ..... personal .....<sup>3</sup>, de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias en el Cuerpo o Escala ..... Grupo ..... y con último destino en .....<sup>4</sup>, con la categoría de .....



**E X P O N E:**

Que con fecha ....., se produce el pase a la situación de incapacidad profesional total y permanente.

Que se encuentra dentro del colectivo del personal asegurado al amparo de la póliza que cubre el riesgo de incapacidad para el personal al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Por todo lo expuesto con anterioridad,

**S O L I C I T A:**

Le sea expedido el correspondiente certificado acreditativo de la condición de personal asegurado al amparo de esta póliza, con indicación de la resolución y la fecha del pase a la situación de incapacidad profesional total y permanente.

, a de de 20

5

<sup>1</sup> Domicilio, calle, portal, piso, puerta, etc.

<sup>2</sup> Ciudad.

<sup>3</sup> Funcionario, Laboral, docente.

<sup>4</sup> Centro Directivo, Consejería, Colegio, Instituto.

<sup>5</sup> Dirección General de la Función Pública, Dirección General de Personal de la Viceconsejería de Ecuación, Dirección Territorial de Educación de S/C de Tenerife, Dirección Territorial de Educación de Las Palmas de Gran Canaria, Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Canario de Salud o Dirección General de Relaciones con la Administración de Justicia.