

Informe mèdic complementari detallat

(Presentar amb el certificat mèdic inicial quan el període d'incapacitat temporal supera el termini establert a la taula de patologies, d'acord amb l'article 145 de la Llei 17/2008 i l'article 6 de Reglament regulador de les prestacions d'incapacitat temporal)

1. Dades de la persona assegurada

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

2. Diagnòstic

3. Evolució de la patologia

4. Incidència de la patologia sobre la capacitat funcional

5. Tractament mèdic prescrit

6. Durada de la pròrroga

7. Accepto

Que totes les dades i informacions que consten en aquest imprès de declaració i en els documents acompanyats són certes i completes, i que no he omès cap informació rellevant a efectes de l'atribució de la prestació. Estic assabentat que una eventual falsedat o omissió en la declaració podria ser constitutiva de delictes.

8. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad.

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recaptin, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

9. Signatures

[Nom i cognoms i signatura del metge coordinador i segell]

Nom i cognoms i signatura del metge del Control Mèdic de la CASS]

Data: