

Sol·licitud d'element professional**Art. 164 de la Llei 17/2008****1.Dades del / de la pensionista**

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Adreça personal

Adreça:

Complement d'adreça:

Núm.:

Esc.:

Pis:

Porta:

Població:

Parròquia:

País:

Codi postal:

Telèfon:

Correu electrònic:

S'informa que per qualsevol comunicació de la seguretat social s'utilitzaran les vostres dades de contacte que figuren registrades en els fitxers de la CASS, i que es poden actualitzar mitjançant el formulari <https://www.cass.ad/tramits/cass-0054>.

2.Declaro

Que tinc reconeguda una pensió d'invalidesa derivada d'accident laboral.

Que presento una pèrdua d'emoluments que s'acredita:

Per la reducció dels salaris dels darrers 3 mesos.

Pel meu grau d'invalidesa superior al 50% .

3. Accepto

Que en aplicació de la legislació vigent, l'element professional no pot incrementar, en cap cas, l'element objectiu en un percentatge superior al 25%.

Que el reconeixement d'aquest element es manté mentre quedi acreditada la pèrdua d'emoluments.

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

4. Adjunto la documentació següent**Passaport, document d'identitat de la persona sol·licitant**

Certificat actual de l'empresa que acrediti el salari i la jornada laboral (si escau)

Altres [especifiqueu-lo]

5. Comunicació de la resolució

Accepto i dono el meu consentiment perquè la comunicació de la resolució de la present sol·licitud es faci pels mitjans següents:

Per comunicació electrònica segura a l'adreça que he comunicat i consta als fitxers de la CASS.

Recollida de la carta a la recepció de l'edifici de la CASS. (Els serveis de la CASS avisaran al telèfon comunicat als fitxers de la CASS)

Per correu postal a l'adreça que figura inscrita a la CASS. (Els serveis de la CASS acordaran amb l'assegurat el dia i hora de lliurament, prèvia trucada)

6. Sol·licito

El reconeixement de l'element professional en aplicació de la legislació vigent de seguretat social i els reglaments que la desenvolupen.

7. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliti mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



8. Signatura

Declaro que les dades declarades en aquest formulari són exactes i que les mantindré actualitzades.

[Signatura i nom i cognoms de la persona sol·licitant]

Lloc:

Data

Espai reservat a la CASS

Data d'efecte: