

D/Dña. _____

Categoría : _____

Domicilio: _____

EXPONE

1. Que ha estado en situación de incapacidad temporal en el periodo comprendido entre el _____ y el _____
2. Que dicha situación deriva de uno de los supuestos contemplados en el Decreto 28/2013, de 19 de marzo, o su Anexo.
3. Que aporta informe médico acreditativo de dicha condición.

SOLICITA

Abono del complemento 100% de las retribuciones correspondientes a dicho periodo.

Plasencia, a _____
