



**DECLARACION SOBRE COBERTURA SANITARIA Y
PAGO DE LA COTIZACIÓN A MUFACE DE FUNCIONARIOS EN SITUACIÓN DE
SERVICIOS ESPECIALES**

Nombre y Apellidos

Nº de Afiliación a MUFACE

DECLARO:

1.- Que con efectos de _____ he pasado a la situación administrativa de “servicios especiales” al amparo de lo dispuesto en el artº 87.1.b del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, según consta en la Resolución cuya fotocopia adjunto.

2.- Que ☐ SI ☐ NO dispongo de cobertura de asistencia sanitaria a través del Organismo, Gobierno o Entidad que me ha contratado.

3.- Que el **importe de la cotización a MUFACE** que como mutualista obligatorio me corresponde,

☐ **Será abonado por el Organismo de origen**, siendo retenido de mi nómina de trienios, se aporta Certificado de Abono de Cotizaciones a cargo de trienios cumplimentado y firmado por el organismo de origen.

☐ **Será abonado directamente por mí**, al no darse el supuesto anterior, mediante domiciliación bancaria formalizada en MUFACE con la cumplimentación del impreso SEPA.

Lugar y fecha

Firma