



MANIFESTACIÓ DE DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA EXPEDIDA PER L'INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA (ISM)

1. DADES PERSONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom				
Número de la Seguretat Social /		DNI, NIE, passaport		Telèfon fix Telèfon mòbil				
Domicili habitual: (carrer o plaça)				Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat			Província				
SI VOLEU rebre informació per correu electrònic, indiqueu-nos la vostra a/e.....								

2. DADES DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL

Data de la baixa mèdica

Quan vau rebre l'alta mèdica, expedida per l'ISM, percebiu el subsidi a través de:

Empresa Mútua SPOE/INEM I'ISM ISM

3. DADES DE LA RECEPCIÓ DE L'ALTA MÈDICA PEL TREBALLADOR

Data del justificant de recepció

4. AL·LEGACIONS

.....,de/..... de 20.....

Firma,



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARIA D'ESTAT
DE LA SEGURETAT SOCIAL



INSTITUT SOCIAL
DE LA MARINA

SECRETARIA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

MANIFESTACIÓ DE DISCONFORMITAT AMB L'ALTA MÈDICA EXPEDIDA PER L'INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA (ISM)

1. DADES PERSONALS

Primer cognom		Segon cognom		Nom				
Número de la Seguretat Social /		DNI, NIE, passaport		Telèfon fix Telèfon mòbil				
Domicili habitual: (carrer o plaça)				Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Códi postal	Localitat			Província				
Si voleu rebre informació per correu electrònic, indiqueu la vostra adreça								

2. DADES DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL

Data de la baixa mèdica			
Quan vai rebre l'alta mèdica, expedida per l'ISM, percebieu el subsidi a través de:			
<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Mútua	<input type="checkbox"/> SPOE/INEM I'ISM	ISM

3. DADES DE LA RECEPCIÓ DE L'ALTA MÈDICA PEL TREBALLADOR

Data del justificant de recepció

INSTRUCCIONS PER A EMPLENAR LA SOL·LICITUD

1. Indiqueu les vostres dades d'identificació personal i de residència permanent. En aquest apartat podeu anotar el vostre número de mòbil i l'adreça de correu electrònic perquè puguem comunicar-nos amb més agilitat.
2. Indiqueu la data d'inici del procés d'incapacitat temporal sobre el qual manifesteu la vostra disconformitat i l'entitat (empresa, mútua, SPEE/INEM o ISM) que us estava abonant la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.
3. Indiqueu la data de recepció de la resolució.
4. Si voleu afegir alguna cosa que considereu important i que no trobeu arrellegada en la sol·licitud, anoteu-la en este apartat de la forma més breu i concisa possible.

L'INSTITUT SOCIAL DE LA MARINA INFORMA:

MOLT IMPORTANT:

El treballador que inicie el procediment de disconformitat ha de comunicar-ho a l'empresa el mateix dia en què presente esta disconformitat o el dia hàbil següent.

És per això que este model de sol·licitud, a més d'una còpia perquè vos la quedeu, en té una altra, amb les dades bàsiques de la disconformitat, que podeu entregar a la vostra empresa o, si ho trobeu convenient, a l'entitat que vos abonava el subsidi fins al moment de rebre l'alta mèdica.

Les dos còpies només tenen validesa si han sigut presentades i registrades.

Esta sol·licitud serà tramitada per mitjans informàtics. Les dades personals que hi figuren seran incorporades a un fitxer creat per l'Orde TASS/ 4231/2006 (BOE 17-1-07) i restaran sota la custòdia de la Direcció de l'Institut Social de la Marina. En qualsevol moment podeu exercir sobre les vostres dades incorporades al fitxer esmentat els drets d'accés, de rectificació, de cancel·lació i d'oposició davant de la direcció provincial de l'ISM (art. 5 de la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, BOE del dia 14).