



Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica lliurada per l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS)

Exemplar per a l'INSS

Pot realitzar aquest tràmit en el Portal de Prestacions de la Seguretat Social (<https://prestaciones.seg-social.es>), per correu ordinari amb un exemplar signat, o presencialment en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita en els telèfons 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en <https://inss.seg-social.es/cita>.

1. DADES PERSONALS

1.1 Sol·licitant. Empleni les seves dades d'identificació personal, la seva residència permanent i les seves dades de contacte.

Primer cognom	Segon cognom	Nom
DNI - NIE - Passaport	Nº de la Seguretat Social	
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)	Número	Bloc
	Escala	Pis
	Porta	Telèfon mòbil
Codi postal	Localitat	Província
		Telèfon fix
Correu electrònic		

1.2 Del representant legal, que actua com:

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| ☐ Titular de la pàtria potestat | ☐ Tutor | ☐ Tutor institucional |
| ☐ Guardador de fet | ☐ Curador | ☐ Curador institucional |
| ☐ Defensor judicial | | |

Primer cognom	Segon cognom	Nom/Raó social	DNI-NIE-Passaport-CIF/NIF
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)	Número	Bloc	Escala
		Pis	Porta
		Província	
Codi postal	Localitat		
Correu electrònic			

1.3 Del representant voluntari.

☐ Representant acreditat mitjançant model de representació ("familiar o amic" o "professional col·legiat")

☐ Apoderat inscrit al Registre Electrònic d'Apoderaments

Primer cognom	Segon cognom	Nom/Raó social	DNI-NIE-Passaport-CIF/NIF				
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	Telèfon mòbil
Codi postal	Localitat	Província					
Correu electrònic							

2. DADES DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL.

Indiqueu la data d'inici del procés d'incapacitat temporal sobre el qual manifesteu la vostra disconformitat i l'entitat que us estava abonant la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.

Data de la baixa mèdica

Quan heu rebut l'alta mèdica, lliurada per l'INSS, estàveu cobrant el subsidi a través de:

☐ Empresa

☐ Mútua

☐ Servicio Público de Empleo Estatal

☐ INSS

3. DATA EN QUÈ VAU REBRE L'ALTA MÈDICA.

Indiqueu la data de la recepció de la resolució.

Data del justificant de recepció

4. AL·LEGACIONS.

Si voleu afegir alguna cosa que considereu important i que no queda recollida en aquesta sol·licitud, indiqueu-la en aquest apartat.

Informació bàsica sobre protecció de dades personals

Responsable	Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).
Finalitat	Gestió de les prestacions del Sistema de la Seguretat Social competència de l'INSS.
Legitimació	Exercici de poders públics.
Destinatari	Només s'efectuaran cessions i transferències previstes legalment o autoritzades mitjançant el vostre consentiment.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, com també altres drets, tal com s'explica en la informació addicional.
Procedència	Demanam dades a altres administracions i entitats en els termes legalment previstos.
Informació addicional	Podeu consultar informació addicional i detallada al full informatiu que s'adjunta al present formulari a l'apartat "INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS".

CONSENTIMENTS

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per consultar i demanar electrònicament les dades o documents que estiguin en poder de qualsevol administració, l'accés als quals no estigui prèviament emparat per la llei, i que siguin necessaris per resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si escau, la prestació que pogués reconèixer-se.

- ☐ Sí dono el meu consentiment
- ☐ NO dono el meu consentiment

NOTA IMPORTANT: En cas de no donar el vostre consentiment, haureu d'aportar, en el termini de 10 dies hàbils, els documents que se us indiquin que siguin necessaris per resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si escau, la prestació que pogués reconèixer-se.

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per utilitzar el telèfon mòbil, el correu electrònic i les dades de contacte facilitades en aquesta sol·licitud per enviar-vos comunicacions en matèria de seguretat social.

- ☐ Sí dono el meu consentiment
- ☐ NO dono el meu consentiment

DECLARO que són certes les dades incloses en aquesta sol·licitud.

Signatura

_____ a _____ de/d' _____ de 20 _____

IMPORTANT

- És imprescindible que s'indiqui correctament l'adreça de correu electrònic i número de telèfon mòbil del sol·licitant. Aquestes dades són necessàries per poder enviar notificacions o qualsevol informació rellevant relacionada amb el seu expedient. Si us plau, revisi que estiguin emplenats i actualitzats abans d'enviar la sol·licitud.
- Qualsevol variació en les dades d'aquesta sol·licitud, ha de comunicar-ho a aquesta Entitat Gestora per qualsevol de les vies indicades anteriorment.
- El treballador que iniciï el procediment de disconformitat, ho ha de comunicar a l'empresa el mateix dia o el dia hàbil següent.
- Amb aquesta finalitat, aquest imprès conté, a més de la vostra còpia, una altra amb les dades bàsiques de la disconformitat, que la podeu presentar a la vostra empresa o, si ho preferiu, a l'entitat que us estava abonant el subsidi fins al moment de rebre l'alta mèdica.
- Les dues còpies només tindran validesa quan hagin estat presentades i registrades.

Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica

Aportació de documents acreditatius de la identitat de la persona sol·licitant/representant

1. ☐ DNI, passaport o equivalent, TIE/NIE o CIF/NIF de:
 - ☐ Sol·licitant.
 - ☐ Representant legal.
 - ☐ Representant voluntari.
2. ☐ En cas de representació:
 - ☐ Si és representant legal, resolució o autorització judicial que acrediti la representació legal.
 - ☐ Si el representant legal és tutor/curador institucional, el CIF.
Si la persona sol·licitant està acollida a algun Centre oficial o privat, indiqueu l'establiment i especifiqueu en qualitat de què actueu en nom seu (director, secretari, administrador, etc.).
 - ☐ Si és representant voluntari, document acreditatiu de la representació.
3. ☐ Si el representant legal és el titular de la pàtria potestat del sol·licitant, llibre de família.
4. ☐ Altres documents.

DILIGÈNCIA de verificació per fer constar que les dades que figuren en aquest formulari coincideixen fidelment amb les que apareixen en els documents acreditatius de la identitat de la persona sol·licitant/representant.

Càrrec i nom del funcionari

Dat i lloc

Les comunicacions i les notificacions relatives a aquesta prestació s'efectuaran per mitjans electrònics a la Seu Electrònica de la Seguretat Social, en el següent enllaç: info.seg-social.es/notif.

Si desitja obtenir la Cl@ve permanent, pot trobar tota la informació necessària a l'adreça següent: <https://clave.gob.es>.

Si aquest formulari no va acompanyat dels documents necessaris per tramitar-lo, haurà de presentar-los en el termini de 10 dies, comptats des de l'endemà del dia en què li hagi estat notificat el requeriment. Pot **presentar la documentació** a <https://sede.seg-social.gob.es>, des de Ciutadans > Altres procediments, a l'apartat "Presentació d'altres escrits, sol·licituds i comunicacions (Institut Nacional de la Seguretat Social)", per correu postal, adreçant-se a la direcció provincial més propera al seu domicili, o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social, amb cita prèvia, que pot sol·licitar trucant als telèfons 91 541 25 30 o 901 10 65 70, o bé a <https://inss.seg-social.es/cita>.

Signat:





Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica lliurada per l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS)

Exemplar per al treballador

Pot realitzar aquest tràmit en el Portal de Prestacions de la Seguretat Social (<https://prestaciones.seg-social.es>), per correu ordinari amb un exemplar signat, o presencialment en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita en els telèfons 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en <https://inss.seg-social.es/cita>.

1. DADES PERSONALS

1.1 Sol·licitant. Empleni les seves dades d'identificació personal, la seva residència permanent i les seves dades de contacte.

Primer cognom	Segon cognom	Nom					
DNI - NIE - Passaport	Nº de la Seguretat Social						
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	Telèfon mòbil
Codi postal	Localitat	Província				Telèfon fix	
Correu electrònic							

1.2 Del representant legal, que actua com:

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| ☐ Titular de la pàtria potestat | ☐ Tutor | ☐ Tutor institucional |
| ☐ Guardador de fet | ☐ Curador | ☐ Curador institucional |
| ☐ Defensor judicial | | |

Primer cognom	Segon cognom	Nom/Raó social			DNI-NIE-Passaport-CIF/NIF		
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	Telèfon mòbil
Codi postal	Localitat	Província					
Correu electrònic							

1.3 Del representant voluntari.

☐ Representant acreditat mitjançant model de representació ("familiar o amic" o "professional col·legiat")

☐ Apoderat inscrit al Registre Electrònic d'Apoderaments

Primer cognom

Segon cognom

Nom/Raó social

DNI-NIE-Passaport-CIF/NIF

Domicili habitual: (carrer, plaça ...)

Número

Bloc

Escala

Pis

Porta

Telèfon mòbil

Codi postal

Localitat

Província

Correu electrònic

2. DADES DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL.

Indiqueu la data d'inici del procés d'incapacitat temporal sobre el qual manifesteu la vostra disconformitat i l'entitat que us estava abonant la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.

Data de la baixa mèdica

Quan heu rebut l'alta mèdica, lliurada per l'INSS, estàveu cobrant el subsidi a través de:

☐ Empresa☐ Mútua☐ Servicio Público de Empleo Estatal☐ INSS

3. DATA EN QUÈ VAU REBRE L'ALTA MÈDICA.

Indiqueu la data de la recepció de la resolució.

Data del justificant de recepció

4. AL·LEGACIONS.

Si voleu afegir alguna cosa que considereu important i que no queda recollida en aquesta sol·licitud, indiqueu-la en aquest apartat.

Informació bàsica sobre protecció de dades personals

Responsable	Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS).
Finalitat	Gestió de les prestacions del Sistema de la Seguretat Social competència de l'INSS.
Legitimació	Exercici de poders públics.
Destinatari	Només s'efectuaran cessions i transferències previstes legalment o autoritzades mitjançant el vostre consentiment.
Drets	Accedir, rectificar i suprimir les dades, com també altres drets, tal com s'explica en la informació addicional.
Procedència	Demanam dades a altres administracions i entitats en els termes legalment previstos.
Informació addicional	Podeu consultar informació addicional i detallada al full informatiu que s'adjunta al present formulari a l'apartat "INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS".

CONSENTIMENTS

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per consultar i demanar electrònicament les dades o documents que estiguin en poder de qualsevol administració, l'accés als quals no estigui prèviament emparat per la llei, i que siguin necessaris per resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si escau, la prestació que pogués reconèixer-se.

- ☐ Sí dono el meu consentiment
- ☐ NO dono el meu consentiment

NOTA IMPORTANT: En cas de no donar el vostre consentiment, haureu d'aportar, en el termini de 10 dies hàbils, els documents que se us indiquin que siguin necessaris per resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si escau, la prestació que pogués reconèixer-se.

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per utilitzar el telèfon mòbil, el correu electrònic i les dades de contacte facilitades en aquesta sol·licitud per enviar-vos comunicacions en matèria de seguretat social.

- ☐ Sí dono el meu consentiment
- ☐ NO dono el meu consentiment

DECLARO que són certes les dades incloses en aquesta sol·licitud.

Signatura

a de/d' de 20

IMPORTANT

- És imprescindible que s'indiqui correctament l'adreça de correu electrònic i número de telèfon mòbil del sol·licitant. Aquestes dades són necessàries per poder enviar notificacions o qualsevol informació rellevant relacionada amb el seu expedient. Si us plau, revisi que estiguin emplenats i actualitzats abans d'enviar la sol·licitud.
- Qualsevol variació en les dades d'aquesta sol·licitud, ha de comunicar-ho a aquesta Entitat Gestora per qualsevol de les vies indicades anteriorment.
- El treballador que iniciï el procediment de disconformitat, ho ha de comunicar a l'empresa el mateix dia o el dia hàbil següent.
- Amb aquesta finalitat, aquest imprès conté, a més de la vostra còpia, una altra amb les dades bàsiques de la disconformitat, que la podeu presentar a la vostra empresa o, si ho preferiu, a l'entitat que us estava abonant el subsidi fins al moment de rebre l'alta mèdica.
- Les dues còpies només tindran validesa quan hagin estat presentades i registrades.

Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica

Aportació de documents acreditatius de la identitat de la persona sol·licitant/representant

1. ☐ DNI, passaport o equivalent, TIE/NIE o CIF/NIF de:
 - ☐ Sol·licitant.
 - ☐ Representant legal.
 - ☐ Representant voluntari.
2. ☐ En cas de representació:
 - ☐ Si és representant legal, resolució o autorització judicial que acrediti la representació legal.
 - ☐ Si el representant legal és tutor/curador institucional, el CIF.
Si la persona sol·licitant està acollida a algun Centre oficial o privat, indiqueu l'establiment i especifiqueu en qualitat de què actueu en nom seu (director, secretari, administrador, etc.).
 - ☐ Si és representant voluntari, document acreditatiu de la representació.
3. ☐ Si el representant legal és el titular de la pàtria potestat del sol·licitant, llibre de família.
4. ☐ Altres documents.

DILIGÈNCIA de verificació per fer constar que les dades que figuren en aquest formulari coincideixen fidelment amb les que apareixen en els documents acreditatius de la identitat de la persona sol·licitant/representant.

Càrrec i nom del funcionari

Dat i lloc

Les comunicacions i les notificacions relatives a aquesta prestació s'efectuaran per mitjans electrònics a la Seu Electrònica de la Seguretat Social, en el següent enllaç: info.seg-social.es/notif.

Si desitja obtenir la Cl@ve permanent, pot trobar tota la informació necessària a l'adreça següent: <https://clave.gob.es>

Si aquest formulari no va acompanyat dels documents necessaris per tramitar-lo, haurà de presentar-los en el termini de 10 dies, comptats des de l'endemà del dia en què li hagi estat notificat el requeriment. Pot **presentar la documentació** a <https://sede.seg-social.gob.es>, des de Ciutadans > Altres procediments, a l'apartat "Presentació d'altres escrits, sol·licituds i comunicacions (Institut Nacional de la Seguretat Social)", per correu postal, adreçant-se a la direcció provincial més propera al seu domicili, o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social, amb cita prèvia, que pot sol·licitar trucant als telèfons 91 541 25 30 o 901 10 65 70, o bé a <https://inss.seg-social.es/cita>.

Signat:





Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica lliurada per l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS)

Exemplar per a l'empresa (o entitat que abonava el subsidi)

Pot realitzar aquest tràmit en el Portal de Prestacions de la Seguretat Social (<https://prestaciones.seg-social.es>), per correu ordinari amb un exemplar signat, o presencialment en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita en els telèfons 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en <https://inss.seg-social.es/cita>.

1. DADES PERSONALS.

Empleni les seves dades d'identificació personal, la seva residència permanent i les seves dades de contacte.

Primer cognom	Segon cognom	Nom
DNI - NIE - Passaport	Nº de la Seguretat Social	
Domicili habitual: (carrer, plaça ...)	Número	Bloc
	Escala	Pis
	Porta	Telèfono mòbil
Codi postal	Localitat	Província
		Telèfon fix
Correu electrònic		

2. DADES DEL PROCÉS D'INCAPACITAT TEMPORAL.

Indiqueu la data d'inici del procés d'incapacitat temporal sobre el qual manifesteu la vostra disconformitat i l'entitat que us estava abonant la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.

Data de la baixa mèdica

Quan heu rebut l'alta mèdica, lliurada per l'INSS, estàveu cobrant el subsidi a través de:

☐ Empresa ☐ Mútua ☐ Servicio Público de Empleo Estatal ☐ INSS

3. DATA EN QUÈ VAU REBRE L'ALTA MÈDICA.

Indiqueu la data de la recepció de la resolució.

Data del justificant de recepció

INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

RESPONSABLE DEL TRACTAMENT

Qui és el responsable del tractament de les vostres dades personals?

Institut Nacional de la Seguretat Social
C/ Padre Damián, 4
CP 28036 Madrid, ESPANYA
<https://sede.seg-social.gob.es>

DELEGAT DE PROTECCIÓ DE DADES

Com podeu contactar amb el delegat de protecció de dades?

Direcció del Servei Jurídic de la Seguretat Social
C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta
CP 28020 Madrid, ESPANYA
<https://sede.seg-social.gob.es>

FINALITAT DEL TRACTAMENT

Per a què utilitzarem les vostres dades?

Les vostres dades seran tractades amb la finalitat principal de resoldre aquesta sol·licitud i de gestionar, si escau, la prestació reconeguda.

El tractament de les vostres dades de contacte té com a finalitat la realització de comunicacions i enviament d'informació en matèria de seguretat social.

Les dades personals proporcionades es conservaran mentre siguin necessàries per gestionar la vostra prestació o les dels possibles beneficiaris, com també per a altres fins d'arxiu i estadística pública.

LEGITIMACIÓ DEL TRACTAMENT

Quina és la legitimació per al tractament de les vostres dades?

El tractament de les dades es realitza sobre la base de l'exercici de poders públics autoritzat per una norma legal (articles 66, 71, 72, 77 i concordants del Reial decret legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre, pel qual s'aprova el text refós de la Llei general de la Seguretat Social, d'ara endavant, TRLGSS).

Pel que fa a les comunicacions i enviament d'informacions en matèria de seguretat social, el tractament ve legitimat pel vostre consentiment. La negativa a atorgar-lo suposarà que no podreu rebre aquest tipus d'enviaments, encara que no impedirà que us puguem informar per aquests canals de l'estat de les vostres sol·licituds. També us informem que no teniu obligació de facilitar la vostra adreça de correu electrònic i el vostre número de telèfon mòbil, i que, en cas de no facilitar-los, no impedirà el tràmit de la vostra sol·licitud.

DESTINATARIS DE CESSIONS O TRANSFERÈNCIES

A qui comunicarem les vostres dades?

Les dades personals obtingudes per l'Institut Nacional de la Seguretat Social en l'exercici de les seves funcions tenen caràcter reservat i només s'utilitzaran per als fins encomanats legalment, sense que puguin ser cedides o comunicades a tercers, llevat que la cessió o comunicació tingui per objecte algun dels supòsits previstos expressament a l'article 77 del TRLGSS, com també en els casos indicats en qualsevol altra norma de rang legal.

Si es tracta d'una sol·licitud basada en normativa internacional, les vostres dades podran ser cedides als organismes estrangers competents per tramitar la vostra sol·licitud.

DRETS DE LES PERSONES INTERESSADES

Quins són els vostres drets quan ens faciliteu les dades personals?

Respecte a les dades personals proporcionades, podeu exercir, en qualsevol moment i en els termes establerts per la normativa de protecció de dades, els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició, o bé retirar el consentiment donat al seu tractament en els casos que hagués estat requerit, tot això mitjançant un escrit presentat en un centre d'atenció i informació de la Seguretat Social (CAISS) o per correu postal o a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social, davant el delegat de protecció de dades, les dades del qual es troben en el segon apartat d'aquesta taula.

Us informem que, en cas de considerar que el vostre requeriment no ha estat atès oportunament, teniu la possibilitat de presentar una reclamació davant l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

PROCEDÈNCIA

Com obtenim les vostres dades personals?

A més de les dades facilitades per vós en la vostra sol·licitud, demanem altres dades personals a altres administracions i entitats en compliment de la normativa i amb la finalitat d'agilitar i facilitar l'actuació administrativa. Aquests accessos a dades estan emparats en normes amb rang de llei.