



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRABAJO, MIGRACIONES  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Instituto Social  
de la Marina

①

## MANIFESTACIÓN DE DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA EMITIDA POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA (ISM)

### 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad Social /		DNI, NIE, pasaporte		Teléfono fijo Teléfono móvil				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....								

### 2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha de la baja médica .....

Cuando ha recibido el alta médica, emitida por el ISM, estaba percibiendo el subsidio a través de:

Empresa     Mutua     Oficina de Empleo del ISM     ISM

### 3. DATOS DE LA RECEPCIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR EL TRABAJADOR

Fecha del acuse de recibo .....

### 4. ALEGACIONES

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma,



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRABAJO, MIGRACIONES  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Instituto Social  
de la Marina

①

## MANIFESTACIÓN DE DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA EMITIDA POR EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA (ISM)

### 1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad Social /		DNI, NIE, pasaporte		Teléfono fijo Teléfono móvil				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección .....								

### 2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha de la baja médica .....
Cuando ha recibido el alta médica, emitida por el ISM, estaba percibiendo el subsidio a través de:
<input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Mutua <input type="checkbox"/> Oficina de Empleo del ISM <input type="checkbox"/> ISM

### 3. DATOS DE LA RECEPCIÓN DEL ALTA MÉDICA, POR EL TRABAJADOR

Fecha del acuse de recibo .....
---------------------------------

## INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- 1.- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente. En este apartado nos puede facilitar su número de móvil y la dirección de correo electrónico para contactar con usted por estos medios y agilizar las comunicaciones.
- 2.- Indique la fecha de inicio del proceso de incapacidad temporal sobre el que manifiesta su disconformidad y la entidad (Empresa, Mutua, Oficina de Empleo del ISM o ISM) que le estaba abonando la baja médica en el momento de recibir el alta médica.
- 3.- Indique la fecha de recepción de la resolución.
- 4.- Si desea añadir algo, que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, consígnelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

## EL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA LE INFORMA:

### RECUERDE:

**El trabajador que inicie el procedimiento de disconformidad, lo comunicará a la empresa en el mismo día en que presente dicha disconformidad o en el siguiente día hábil.**

A tal fin este modelo, además de una copia para usted, contiene otra, con los datos básicos de la disconformidad, que puede presentar a su empresa o, si lo estima conveniente, a la entidad que le venía abonando el subsidio hasta el momento de recibir el alta médica.

Ambas copias sólo tendrán validez cuando hayan sido presentadas y registradas.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a unos ficheros recogidos en la Orden TASS/4231/2006, de 26 de diciembre, (BOE 17-1-2007) y permanecerán bajo custodia de la Dirección del Instituto Social de la Marina. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del ISM (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14).