MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

Manifestación de disconformidad con el alta médica emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Ejemplar para el INSS

Puede realizar este trámite en el Portal de Prestaciones de la Seguridad Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario con un ejemplar firmado, o presencialmente en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita en los teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSONALES

1.1 Solicitante. Cumplimente sus datos de identificación personal, su residencia permanente y sus datos de contacto.

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

DNI - NIE - Pasaporte | Nº de la Seguridad Social

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia | Teléfono fijo

Correo electrónico

20260722

1.2 Del representante legal, que actúa como:

- ☐ Titular de la patria potestad
- ☐ Guardador de hecho
- ☐ Defensor judicial
- ☐ Tutor
- ☐ Curador
- ☐ Tutor institucional
- ☐ Curador institucional

C-061 cas V.7

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia

Correo electrónico

1.3 Del representante voluntario.

☐ Representante acreditado mediante modelo de representación ("familiar o amigo" o "profesional colegiado")

☐ Apoderado inscrito en el Registro Electrónico de Apoderamientos

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre/Razón social	DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Domicilio habitual: (calle, plaza ...)	Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Teléfono móvil

Código postal	Localidad	Provincia

Correo electrónico

2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

Indique la fecha de inicio del proceso de incapacidad temporal sobre el que manifiesta su disconformidad y la entidad que le abonaba la prestación en el momento de recibir el alta médica.

Fecha de la baja médica

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

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

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

Consigne la fecha de recepción de la resolución.

Fecha del acuse de recibo

4. ALEGACIONES.

Si desea añadir algo que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, expóngalo en este apartado.

20260722

C-061 cas V.7

Información básica sobre protección de datos personales

Responsable	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
Finalidad	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencias del INSS.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Procedencia	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES".

CONSENTIMIENTOS

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

☐ SÍ doy mi consentimiento

☐ NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ SÍ doy mi consentimiento

☐ NO doy mi consentimiento

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud. Firma

a de de 20

20260722

IMPORTANTE

- Es imprescindible que se indique correctamente la dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil del solicitante. Estos datos son necesarios para poder enviar notificaciones o cualquier información relevante relacionada con su expediente. Por favor, revise que estén cumplimentados y actualizados antes de enviar la solicitud.
- Cualquier variación en los datos de esta solicitud, debe comunicarlo a esta Entidad Gestora por cualquiera de las vías indicadas anteriormente.
- 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.

C-061 cas V.7

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE

Manifestación de disconformidad con el alta médica

Registro INSS

Aportación de documentos necesarios acreditativos de la identidad del solicitante/representante

1. ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
   - ☐ Solicitante.
   - ☐ Representante legal.
   - ☐ Representante voluntario.
2. ☐ En caso de representación:
   - ☐ Si es representante legal, resolución o autorización judicial que acredite la representación legal.
   - ☐ Si el representante legal es tutor/curador institucional, el CIF.
     Si la persona solicitante está acogida en algún Centro oficial o privado, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director, secretario, administrador, etc.).
   - ☐ Si es representante voluntario, documento acreditativo de la representación.
3. ☐ Si el representante legal es el titular de la patria potestad del solicitante, libro de familia.
4. ☐ Otros documentos.

DILIGENCIA de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos acreditativos de la identidad del solicitante/representante.

Cargo y nombre del funcionario

Fecha y lugar

20260722

Las comunicaciones y notificaciones relativas a esta prestación se efectuarán por medios electrónicos en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, en el siguiente enlace: *Info.seg-social.es/notif*.

Si desea obtener la Cl@ve permanente, puede encontrar toda la información necesaria en la siguiente dirección: *https://clave.gob.es*

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede **presentar la documentación** en *https://sede.seg-social.gob.es* desde Ciudadanos > Otros Procedimientos, en el apartado "Presentación otros escritos, solicitudes y comunicaciones (Instituto Nacional de la Seguridad Social), por correo postal a la Dirección Provincial más cercana a su domicilio o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) con cita que puede solicitar en el teléfono 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita* .

C-061 cas V.7

Firmado:

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

Manifestación de disconformidad con el alta médica emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Ejemplar para el trabajador

Puede realizar este trámite en el Portal de Prestaciones de la Seguridad Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario con un ejemplar firmado, o presencialmente en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita en los teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSONALES

1.1 Solicitante. Cumplimente sus datos de identificación personal, su residencia permanete y datos de contacto.

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

DNI - NIE - Pasaporte | Nº de la Seguridad Social

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia | Teléfono fijo

Correo electrónico

20260722

1.2 Del representante legal, que actúa como:

- ☐ Titular de la patria potestad
- ☐ Guardador de hecho
- ☐ Defensor judicial
- ☐ Tutor
- ☐ Curador
- ☐ Tutor institucional
- ☐ Curador institucional

C-061 cas V.7

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia

Correo electrónico

1.3 Del representante voluntario.

☐ Representante acreditado mediante modelo de representación ("familiar o amigo" o "profesional colegiado")

☐ Apoderado inscrito en el Registro Electrónico de Apoderamientos

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia

Correo electrónico

2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL.

Indique la fecha de inicio del proceso de incapacidad temporal sobre el que manifiesta su disconformidad y la entidad que le abonaba la prestación en el momento de recibir el alta médica.

Fecha de la baja médica

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

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

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

Consigne la fecha de recepción de la resolución.

Fecha del acuse de recibo

4. ALEGACIONES.

Si desea añadir algo que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, expóngalo en este apartado.

20260722

C-061 cas V.7

Información básica sobre protección de datos personales

Responsable	Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).
Finalidad	Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencias del INSS.
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos.
Destinatarios	Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Procedencia	Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES".

CONSENTIMIENTOS

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

☐ SÍ doy mi consentimiento

☐ NO doy mi consentimiento

NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación que pudiera reconocerse.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ SÍ doy mi consentimiento

☐ NO doy mi consentimiento

DECLARO que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud. Firma

a ____ de ____ de 20 ____

20260722

IMPORTANTE

- Es imprescindible que se indique correctamente la dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil del solicitante. Estos datos son necesarios para poder enviar notificaciones o cualquier información relevante relacionada con su expediente. Por favor, revise que estén cumplimentados y actualizados antes de enviar la solicitud.
- Cualquier variación en los datos de esta solicitud, debe comunicarlo a esta Entidad Gestora por cualquiera de las vías indicadas anteriormente.
- 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.

C-061 cas V.7

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE

Manifestación de disconformidad con el alta médica

Registro INSS

Aportación de documentos necesarios acreditativos de la identidad del solicitante/representante

1. ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
   - ☐ Solicitante.
   - ☐ Representante legal.
   - ☐ Representante voluntario.
2. ☐ En caso de representación:
   - ☐ Si es representante legal, resolución o autorización judicial que acredite la representación legal.
   - ☐ Si el representante legal es tutor/curador institucional, el CIF.
     Si la persona solicitante está acogida en algún Centro oficial o privado, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director, secretario, administrador, etc.).
   - ☐ Si es representante voluntario, documento acreditativo de la representación.
3. ☐ Si el representante legal es el titular de la patria potestad del solicitante, libro de familia.
4. ☐ Otros documentos.

DILIGENCIA de verificación para hacer constar que los datos reflejados en este formulario coinciden fielmente con los que aparecen en los documentos acreditativos de la identidad del solicitante/representante.

Cargo y nombre del funcionario

Fecha y lugar

20260722

Las comunicaciones y notificaciones relativas a esta prestación se efectuarán exclusivamente por medios electrónicos en la Sede Electrónica de la Seguridad Social, en el siguiente enlace: *Info.seg-social.es/notif*.

Si desea obtener la Cl@ve permanente, puede encontrar toda la información necesaria en la siguiente dirección: *https://clave.gob.es*

Si este formulario no va acompañado de los documentos necesarios para su tramitación, deberá presentarlos en el plazo de 10 días contados desde el siguiente a aquél en el que se le haya notificado su requerimiento. Puede **presentar la documentación** en *https://sede.seg-social.gob.es* desde Ciudadanos > Otros Procedimientos, en el apartado "Presentación de otros escritos, solicitudes y comunicaciones (Instituto Nacional de la Seguridad Social), por correo postal a la Dirección Provincial más cercana a su domicilio o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) con cita que puede solicitar en el teléfono 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita* .

C-061 cas V.7

Firmado:

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registro INSS

Manifestación de disconformidad con el alta médica emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)

Ejemplar para la empresa (o entidad que abonaba el subsidio)

Puede realizar este trámite en el Portal de Prestaciones de la Seguridad Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario con un ejemplar firmado, o presencialmente en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita en los teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 o en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSONALES. Cumplimente sus datos de identificación personal, su residencia permanente y sus datos de contacto.

Primer apellido | Segundo apellido | Nombre

DNI - NIE - Pasaporte | Nº de la Seguridad Social

Domicilio habitual: (calle, plaza ...) | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | Teléfono móvil

Código postal | Localidad | Provincia | Teléfono fijo

Correo electrónico

2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL. Indique la fecha de inicio del proceso de incapacidad temporal sobre el que manifiesta su disconformidad y la entidad que le abonaba la prestación en el momento de recibir el alta médica.

Fecha de la baja médica

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

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

3. DATOS DE LA RECEPCIÓN DEL ALTA MÉDICA POR EL TRABAJADOR. Consigne la fecha de recepción de la resolución.

Fecha del acuse de recibo

20260722
C-061 cas V.7

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?

Instituto Nacional de la Seguridad Social
C/ Padre Damián, 4
CP 28036 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS

¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?

Dirección del Servicio Jurídico de la Seguridad Social
C/ Infanta Mercedes, 31 - 3ª Planta
CP 28020 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

FINALIDAD DEL TRATAMIENTO

¿Para qué utilizaremos sus datos?

Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.
Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública.

LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).

Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud.

DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS

¿A quién comunicaremos sus datos?

Los datos personales obtenidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.

Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud.

DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?

Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS) o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.

Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

PROCEDENCIA

¿Cómo obtenemos sus datos personales?

Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley.

20260722
C-061 cas V.7