MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Borrar

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

MANIFESTACIÓN DE DESCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA EMITIDA POLO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL (INSS)

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSOAIS

1.1 DO SOLICITANTE

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI, NIE, pasaporte	Número da Seguridade Social	Teléfono móbil	Teléfono fixo			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

1.2 DO REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Titor ☐ Titor institucional ☐ Graduado social ☐ Xestor administrativo ☐ Outros apoderados ☐

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil	Teléfono fixo			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

1.3 GARDADOR DE FEITO, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun garda de feito

Gardador de feito ☐ Gardador de feito xudicial ☐

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil	Teléfono fixo			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

20220316
C-061 gal V.6
Ejemplar para el INSS

Apelidos e nome:	DNI-NIE-Pasaporte:

1.4 CURADOR/DEFENSOR XUDICIAL, ccubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun titor/defensor xudicial.

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil		Teléfono fixo		
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL

Data da baixa médica
Cando recibiu a alta médica, emitida polo INSS, estaba a percibir o subsidio a través de: ☐ Empresa ☐ Mutua ☐ SEPE ☐ INSS

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA, POLO TRABALLADOR

Data do xustificante de recepción

4. ALEGACIÓNS

DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para consultar e recoller electronicamente os datos ou documentos que se atopen en poder de calquera Administración, cuxo acceso non estea previamente amparado pola lei e que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida:

☐ **SI dou o meu consentimento**

☐ **NON dou o meu consentimento**

NOTA IMPORTANTE: En caso de non dar o seu consentimento deberá achegar, no prazo de 10 días hábiles, os documentos que se lle indiquen que sexan necesarios para resolver a súa solicitude e xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida.

O Instituto Nacional da Seguridade Social solicita o seu consentimento para utilizar o teléfono móbil, o correo electrónico e os datos de contacto consignados nesta solicitude para enviarlle comunicacións en materia de Seguridade Social:

☐ **SI dou o meu consentimento**

☐ **NON dou o meu consentimento**

20220316
C-061 gal V.6
Ejemplar para el INSS

Apelidos e nome:	DNI-NIE-Pasaporte:

③

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS	
RESPONSABLE	Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS)
FINALIDADE	Xestión das prestacións do Sistema da Seguridade Social competencia do INSS
LEXITIMACIÓN	Exercicio de poderes públicos
DESTINATARIOS	Só se efectuarán cesións e transferencias previstas legalmente ou autorizadas mediante o seu consentimento
DEREITOS	Acceder, rectificar e suprimir os datos, así como outros dereitos, como se explica na información adicional
PROCEDENCIA	Recollemos datos doutras administracións e entidades nos termos legalmente previstos
INFORMACIÓN ADICIONAL	Pode consultar información adicional e polo miúdo na folla informativa que se achega ao presente formulario no apartado “INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS”

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

Sinatura

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario

20220316

C-061 val V.6

Ejemplar para el INSS

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE .....

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

MANIFESTACIÓN DE DESCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA EMITIDA POLO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL (INSS)

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en ***https://run.gob.es/tramites*** ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en ***https://run.gob.es/trdcita***

1. DATOS PERSOAIS

1.1 DO SOLICITANTE

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte	Número da Seguridade Social	Teléfono móbil	Teléfono fixo			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

1.2 DO REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Titor ☐ Titor institucional ☐ Graduado social ☐ Xestor administrativo ☐ Outros apoderados ☐

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil	Teléfono fixo			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

1.3 GARDADOR DE FEITO, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun garda de feito

Gardador de feito ☐ Gardador de feito xudicial ☐

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
DNI-NIE-Pasaporte		Teléfono móbil	Teléfono fixo			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia	País			
Correo electrónico						

20220316
C-061 gal V.6
Exemplar para o traballador

Apelidos e nome:	DNI-NIE-Pasaporte:

1.4 CURADOR/DEFENSOR XUDICIAL, cubrir naqueles supostos nos que o solicitante para formular a solicitude precise da intervención dun titor/defensor xudicial

Primeiro apelido	Segundo apelido		Nome				
DNI-NIE-Pasaporte			Teléfono móvil		Teléfono fijo		
Domicilio habitual: (rúa ou praza)			Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia		País			
Correo electrónico							

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL

Data da baixa médica
Cando recibiu a alta médica, emitida polo INSS, estaba a percibir o subsidio a través de: ☐ Empresa ☐ Mutua ☐ SEPE ☐ INSS

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA, POLO TRABALLADOR

Data do xustificante de recepción

4. ALEGACIÓNS

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

Sinatura,

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIÓNS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

MANIFESTACIÓN DE DESCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA EMITIDA POLO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL (INSS)

1. DATOS PERSONALES

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome				
Número da Seguridade Social	DNI, NIE, pasaporte	Teléfono fixo	Teléfono móbil			
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta
Código postal	Localidade	Provincia				
Correo electrónico						

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL

Data da baixa médica

Cando recibiu a alta médica, emitida polo INSS, estaba a percibir o subsidio a través de:

☐ Empresa ☐ Mutua ☐ SEPE ☐ INSS

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA, POLO TRABALLADOR

Data do xustificante de recepción

20220316

C-061 gal V.6

Exemplar para a empresa (ou entidade que aboa o subsidio)

INSTRUCIÓNS PARA CUMPRIMENTAR A SOLICITUDE

1.- Consigne os seus datos de identificación persoal e, no caso de habelo, os do representante legal, do garda de feito/titor/defensor xudicial.

2.- Indique a data de inicio do proceso de incapacidade temporal sobre o que manifesta a súa desconformidade e a entidade (empresa, mutua, SEPE ou INSS) que lle estaba a aboar a baixa médica no momento de recibir a alta médica.

3.- Indique a data de recepción da resolución.

4.- Se desexa engadir algo, que considere importante e non vexa recollido nesta solicitude, consígneo neste apartado da forma máis breve e concisa posible.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA O TRÁMITE DA SÚA PRESTACIÓN

– Acreditación de identidade do solicitante e, no caso de que houbese, do representante legal, do gardador de feito/curador/ defensor xudicial, mediante a seguinte documentación en vigor:

- Españois: Documento nacional de identidade (DNI).
- Estranxeiros: Pasaporte ou, no seu caso, documento de identidade vixente no seu país e NIE (Número de Iden tificación de Estranxeiro) esixido pola AEAT a efectos de pagamento ou Tarxeta de identidade de extranxeiro (TIE).

– Documentación acreditativa da representación legal, no seu caso.

– Resolución ou autorización xudicial, para o punto 1.3/1.4.

– Se a persoa solicitante está acollida nalgún Centro oficial ou privado, indique o establecemento, e especifique en calidade de que actúa vostede no seu nome (director, secretario, administrador, etc.).

– Naqueles supostos nos que sexa preciso a intervención dun gardador de feito, ou no seu caso, dun curador/defensor xudicial, presente a documentación acreditativa correspondente.

20220316

C-061 gal V.6

O INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL INFÓRMAO/A:

LEMBRE:

O traballador que inicie o procedemento de desconformidade, comunicarao á empresa no mesmo día en que presente a devandita desconformidade ou no seguinte día hábil.

A tal fin este modelo, ademais dunha copia para vostede, contén outra, cos datos básicos da desconformidade,que pode presentar á súa empresa ou, se o estima conveniente, á entidade que lle viña aboando o subsidio ata o momento de recibir a alta médica.

Ambas as dúas copias só terán validez cando sexan presentadas e rexistradas.

Se desexa que as notificacións que remite a Seguridade Social se realicen a partir de agora tan só por medios electrónicos, comuníquenolo no servizo de desistencia do canle postal en http://run.gob.es/sckwao.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

RESPONSABLE DO TRATAMENTO	***Quen é o responsable do tratamento dos seus datos persoais?*** Instituto Nacional da Seguridade Social C/ Padre Damián 4 CP 28036 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS	***Como pode contactar co Delegado de Protección de Datos?*** Dirección do Servizo Xurídico da Seguridade Social C/ Sagasta, 13 - 6ª Andar CP 28004 Madrid, ESPAÑA https://sede.seg-social.gob.es
FINALIDADE DO TRATAMENTO	***Para que utilizaremos os seus datos?*** Os seus datos serán tratados coa finalidade principal de resolver esta solicitude e de xestionar, no seu caso, a prestación recoñecida. O tratamento dos seus datos de contacto terá como finalidade a realización de comunicacións e remisión de información en materia de Seguridade Social. Os datos persoais proporcionados conservaranse mentres sexan necesarios para xestionar a súa prestación ou as dos seus posibles beneficiarios así como para outros fins de arquivo e estatística pública.
LEXITIMACIÓN DO TRATAMENTO	***Cal é a lexitimación para o tratamento dos seus datos?*** O tratamento dos datos realizarase sobre a base do exercicio de poderes públicos autorizado por unha norma legal (arts. 66, 71, 72, 77 e concordantes do Real Decreto Lexislativo 8/2015, do 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei xeral da Seguridade Social, en diante, TRLXSS; artigo 3 bis da Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde; artigo 103 do Real decreto lexislativo 1/2015, do 24 de xullo, polo que se aproba o texto refundido da Lei de garantías e uso racional de medicamentos e produtos sanitarios). Polo que respecta ás comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa para outorgalo supoñerá que non poderá recibir este tipo de envíos, aínda que, non impedirá que lle podamos informar polas devanditas canles do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a facilitar a súa dirección de correo electrónico e o número de teléfono móbil e que, no caso de non facilitalos, non impedirá o trámite da súa solicitude.
DESTINATARIOS DE CESIÓNS OU TRANSFERENCIAS	***A quen comunicaremos os seus datos?*** Os datos persoais obtidos polo Instituto Nacional da Seguridade Social no exercicio das súas funcións teñen carácter reservado e só utilizaranse para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, salvo que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS así como nos supostos indicados en calquera outra norma de rango legal. Se se trata dunha solicitude baseada en normativa internacional, os seus datos poderán ser cedidos aos organismos estranxeiros competentes para o trámite da súa solicitude.
DEREITOS DAS PERSOAS INTERESADAS	***Cales son os seus dereitos cando nos facilita os seus datos persoais?*** Respecto dos datos persoais proporcionados, pode exercitar en calquera momento e nos termos establecidos pola normativa de protección de datos os dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación e oposición, ou ben retirar o consentimento prestado ao seu tratamento nos casos que fose requirido, todo iso mediante escrito presentado nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social (CAISS) ou, por correo postal ou a través da sede electrónica da Seguridade Social, ante o Delegado de Protección de Datos cuxos datos se atopan no segundo apartado desta táboa. Informámoslle de que en caso de considerar que o seu requirimento non foi atendido oportunamente, ten a posibilidade de presentar unha reclamación ante a Axencia Española de Protección de Datos.
PROCEDENCIA	***Como obtemos os seus datos persoais?*** Ademais dos datos facilitados por vostede na súa solicitude solicitamos outros datos persoais doutras administracións e entidades en cumprimento da normativa e co fin de axilizar e facilitar a actuación administrativa. Estes accesos a datos están amparados en normas con rango de lei.

20220316
C-061 gal V.6