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)

Exemplar para o INSS

Pode realizar este trámite no Portal de Prestacións da Seguridade Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario cun exemplar asinado, ou en persoa nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social solicitando cita nos teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita.*

1. DATOS PERSOAIS

1.1 Solicitante. Complete os seus datos de identificación persoal, o seu enderezo permanente e os seus datos de contacto

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome

DNI - NIE - Pasaporte | Nº da Seguridade Social

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia | Teléfono fixo

Correo electrónico

20260722

1.2 Do representante legal, que actúa como:

- ☐ Titular da patria potestade
- ☐ Titor
- ☐ Titor institucional
- ☐ Gardador de feito
- ☐ Curador
- ☐ Curador institucional
- ☐ Defensor xudicial

C-061 gal V.7

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia

Correo electrónico

1.3 Do representante voluntario.

☐ Representante acreditado mediante modelo de representación ("familiar ou amigo" ou "profesional colexiado")

☐ Apoderado inscrito no Rexistro Electrónico de Apoderamentos

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia

Correo electrónico

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL.

Indique a data de inicio do proceso de incapacidade temporal sobre o que manifesta a súa desconformidade e a entidade que lle estaba a aboar a baixa médica no momento de recibir a alta médica.

Data da baixa médica

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

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

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA POLO TRABALLADOR.

Indique a data de recepción da resolución.

Data do xustificante de recepción

4. ALEGACIONS.

Se desexa engadir algo que considere importante e non vexa recollido nesta solicitude, consígneo neste apartado.

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 consentimiento.
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 PERSONAIS".

CONSENTIMENTOS

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 que puidese recoñecerse.

☐ 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 que puidese recoñecerse.

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

DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude.

Sinatura

a _____ de _____ do 20 _____

20260722

IMPORTANTE

- É fundamental que o enderezo de correo electrónico e o número de teléfono móbil da solicitante sexan proporcionados correctamente. Estes datos son necesarios para enviar notificacións ou calquera información relevante relacionada co seu expediente. Asegúrese de que esta información estea completa e actualizada antes de enviar a súa solicitude.
- No caso de calquera variación nos datos facilitados nesta solicitude deberá notificarllo a esta entidade xestora por calquera das vías indicadas anteriormente.
- 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

C-061 gal V.7

DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL DE _____

Manifestación de desconformidade coa alta médica

Rexistro do INSS

Achega de documentos acreditativos da identidade do solicitante/representante

1. ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
   - ☐ Solicitante.
   - ☐ Representante legal.
   - ☐ Representante voluntario.
2. ☐ En caso de representación:
   - ☐ Se é representante legal, resolución o autorización xudicial que acredite a representación legal.
   - ☐ Se o representante legal é titor/curador institucional, el CIF.
     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.).
   - ☐ Se é representante voluntario, documento acreditativo da representación.
3. ☐ Se o representante legal é o titular da patria potestade do solicitante, libro de familia.
4. ☐ Outros documentos.

DILIXENCIA de verificación para facer constar os datos que figuran neste formulario coinciden con exactitude cos que aparecen nos documentos que acreditan a identidade do solicitante/representante.

Cargo e nome do funcionario

Data e lugar

20260722

As comunicacións e notificacións relativas a esta prestación efectuaranse por medios electrónicos na Sede Electrónica da Seguridade Social, na seguinte ligazón: info.seg-social.es/notif.

Se desexa obter a Cl@ve permanente, pode atopar toda a información necesaria no seguinte enderezo: *https://clave.gob.es*

Se este formulario non vai acompañado dos documentos necesarios para a súa tramitación, deberá presentalos no prazo de 10 días, contados dende o día seguinte a aquel no que se lle notificase o correspondente requirimento. Pode presentar a documentación en https://sede.seg-social.gob.es, en Cidadáns > Outros procedementos, no apartado "Presentación doutros escritos, solicitudes e comunicacións (Instituto Nacional da Seguridade Social)", por correo ordinario á Dirección Provincial máis próxima ao seu domicilio ou nun Centro de Atención e da Seguridade Social, con cita previa, que pode solicitar no teléfono 91 541 25 30 /901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita*.

C-061 gal V.7

Sinatura:

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)

Exemplar para o traballador

Pode realizar este trámite no Portal de Prestacións da Seguridade Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario cun exemplar asinado, ou en persoa nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social solicitando cita nos teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSOAIS

1.1 Solicitante. Complete os seus datos de identificación persoal, o seu enderezo permanente e os seus datos de contacto

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome

DNI - NIE - Pasaporte | Nº da Seguridade Social

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia | Teléfono fixo

Correo electrónico

20260722

1.2 Do representante legal, que actúa como:

- ☐ Titular da patria potestade
- ☐ Titor
- ☐ Titor institucional
- ☐ Gardador de feito
- ☐ Curador
- ☐ Curador institucional
- ☐ Defensor xudicial

C-061 gal V.7

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia

Correo electrónico

1.3 Do representante voluntario.

☐ Representante acreditado mediante modelo de representación ("familiar ou amigo" ou "profesional colexiado")

☐ Apoderado inscrito no Rexistro Electrónico de Apoderamentos

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome/Razón social | DNI-NIE-Pasaporte-CIF/NIF

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia

Correo electrónico

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL.

Indique a data de inicio do proceso de incapacidade temporal sobre o que manifesta a súa desconformidade e a entidade que lle estaba a aboar a baixa médica no momento de recibir a alta médica.

Data da baixa médica

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

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

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA POLO TRABALLADOR.

Indique a data de recepción da resolución.

Data do xustificante de recepción

4. ALEGACIONS.

Se desexa engadir algo que considere importante e non vexa recollido nesta solicitude, consígneo neste apartado.

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 consentimiento.
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 PERSONAIS".

CONSENTIMENTOS

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 que puidese recoñecerse.

☐ 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 que puidese recoñecerse.

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

DECLARO que son certos os datos incluídos nesta solicitude. Sinatura

a _____ de _____ do 20 _____

20260722

IMPORTANTE

- É fundamental que o enderezo de correo electrónico e o número de teléfono móbil da solicitante sexan proporcionados correctamente. Estes datos son necesarios para enviar notificacións ou calquera información relevante relacionada co seu expediente. Asegúrese de que esta información estea completa e actualizada antes de enviar a súa solicitude.
- No caso de calquera variación nos datos facilitados nesta solicitude deberá notificarllo a esta entidade xestora por calquera das vías indicadas anteriormente.
- 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

C-061 gal V.7

DIRECCIÓN PROVINCIAL DO INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL DE _____

Manifestación de desconformidade coa alta médica

Rexistro do INSS

Achega de documentos acreditativos da identidade do solicitante/representante

1. ☐ DNI, pasaporte o equivalente, TIE/NIE o CIF/NIF de:
   - ☐ Solicitante.
   - ☐ Representante legal.
   - ☐ Representante voluntario.
2. ☐ En caso de representación:
   - ☐ Se é representante legal, resolución o autorización xudicial que acredite a representación legal.
   - ☐ Se o representante legal é titor/curador institucional, el CIF.
     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.).
   - ☐ Se é representante voluntario, documento acreditativo da representación.
3. ☐ Se o representante legal é o titular da patria potestade do solicitante, libro de familia.
4. ☐ Outros documentos.

DILIXENCIA de verificación para facer constar os datos que figuran neste formulario coinciden con exactitude cos que aparecen nos documentos que acreditan a identidade do solicitante/representante.

Cargo e nome do funcionario

Data e lugar

20260722

As comunicacións e notificacións relativas a esta prestación efectuaranse por medios electrónicos na Sede Electrónica da Seguridade Social, na seguinte ligazón: info.seg-social.es/notif.

Se desexa obter a Cl@ave permanente, pode atopar toda a información necesaria no seguinte enderezo: *https://clave.gob.es*.

Se este formulario non vai acompañado dos documentos necesarios para a súa tramitación, deberá presentalos no prazo de 10 días, contados dende o día seguinte a aquel no que se lle notificase o correspondente requirimento. Pode presentar a documentación en https://sede.seg-social.gob.es, en Cidadáns > Outros procedementos, no apartado "Presentación doutros escritos, solicitudes e comunicacións (Instituto Nacional da Seguridade Social)", por correo ordinario á Dirección Provincial máis próxima ao seu domicilio ou nun Centro de Atención e da Seguridade Social, con cita previa, que pode solicitar no teléfono 91 541 25 30 /901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita*.

C-061 gal V.7

Sinatura:

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)

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

Pode realizar este trámite no Portal de Prestacións da Seguridade Social (*https://prestaciones.seg-social.es*), por correo ordinario cun exemplar asinado, ou en persoa nun Centro de Atención e Información da Seguridade Social solicitando cita nos teléfonos 91 541 25 30 / 901 10 65 70 ou en *https://inss.seg-social.es/cita*.

1. DATOS PERSOAIS. Complete os seus datos de identificación persoal, o seu enderezo permanente e os seus datos de contacto.

Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome

DNI - NIE - Pasaporte | Nº da Seguridade Social

Enderezo habitual: (rúa, praza ...) | Número | Bloque | Escaleira | Piso | Porta | Teléfono móbil

Código postal | Localidade | Provincia | Teléfono fixo

Correo electrónico

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL. Indique a data de inicio do proceso de incapacidade temporal sobre o que manifesta a súa desconformidade e a entidade que lle estaba a aboar a baixa médica no momento de recibir a alta médica.

Data da baixa médica

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

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

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA POLO TRABALLADOR. Indique a data de recepción da resolución.

Data do xustificante de recepción

20260722
C-061 gal V.7

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
Rúa 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?

Enderezo do Servizo Xurídico da Seguridade Social
Rúa Infanta Mercedes, 31- 3ª Andar
CP 28020 Madrid, ESPAÑA
https://sede.seg-social.gob.es

FINALIDADE DO TRATAMENTO

Para que empregaremos 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 coma 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, de 30 de outubro, polo que se aproba o texto refundido da Lei Xeral da Seguridade Social, en adiante TRLXSS).
Verbo das comunicacións e envío de informacións en materia de Seguridade Social, o tratamento virá lexitimado polo seu consentimento. A negativa a outorgalo suporá que non poderá recibir este tipo de envíos, se ben non impedirá que lle podamos informar polos ditos canais do estado das súas solicitudes. Tamén lle informamos de que non está obrigado a proporcionar o seu enderezo de correo electrónico e número de teléfono móbil e que, en 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 se empregarán para os fins encomendados legalmente, sen que poidan ser cedidos ou comunicados a terceiros, agás que a cesión ou comunicación teña por obxecto algún dos supostos previstos expresamente no artigo 77 do TRLXSS, así como os 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 proporciona os seus datos persoais?

Verbo 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?

Amais dos datos proporcionados por vostede na súa solicitude, recollemos 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.

20260722
C-061 gal V.7