MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

Esborrar

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre INSS

Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica expedida 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 firmat, 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. Emplene les seues dades d'identificació personal, la seua residència permanent i les seues 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

20260722

1.2 Del representant legal, que actua com:

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

C-061 val V.7

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 vos manifesteu disconforme i l'entitat que vos abonava la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.".

Data de la baixa mèdica

Quan vau rebre l'alta medica, expedida per l'INSS, percebíeu el subsidi a través de:

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

3. DADES DE LA RECEPCIÓ DE L'ALTA MÈDICA PEL TREBALLADOR. Indiqueu la data en què vau rebre la resolució

Data del justificant de recepció

4. AL·LEGACIONS. Si voleu afegir alguna cosa que considereu important i que no trobeu arreplegada en la sol·licitud, anoteu-la en este apartat..

20260722

C-061 val V.7

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.
Destinataris	Només s'efectuaran cessions i transferències previstes legalment o autoritzades mitjançant el vostre consentiment.
Drets	Accés a dades, rectificació i supressió de dades, a més d'altres drets com s'explica en la informació addicional.
Procedència	Obtenim dades d'altres administracions i entitats en els termes legalment previstos.
Informació addicional	Podeu consultar informació addicional i detallad sobre esta qüestió en el full informatiu que s'adjunta a este formulari en l'apartat "INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS".

CONSENTIMENTS

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per a consultar i obtindre electrònicament les dades o els documents que es troben en poder de qualsevol administració, l'accés als quals no estiga prèviament emparat per la llei i que siguen necessaris per a resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si és el cas, la prestació que poguera reconéixer-se.

☐ SÍ que hi done el consentiment

☐ NO hi done el consentiment

NOTA IMPORTANT: En cas que no doneu el consentimen per a consultar i obtindre dades o documents, heu d'aportar, en el termini de 10 dies hàbils, els documents que vos indiquen que siguen necessaris per a resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si és el cas, la prestació que poguera reconéixer-se.

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

☐ SÍ que hi done el consentiment

☐ NO hi done el consentiment

DECLARE que les dades incloses en esta sol·licitud són certes.

Firma

a _____ de/d' _____ de 20 _____

20260722

C-061 val V.7

IMPORTANT

- És imprescindible que s'indique correctament l'adreça de correu electrònic i número de telèfon mòbil del sol·licitant. Estes dades són necessàries per a poder enviar notificacions o qualsevol informació rellevant relacionada amb el seu expedient. Per favor, revise que estiguen emplenats i actualitzats abans d'enviar la sol·licitud.
- Qualsevol variació en les dades d'esta sol-licitud ha de comunicar-ho a esta Entitat Gestora per qualsevol de les vies indicades anteriorment.
- El treballador que inicie el procediment de disconformitat ha de comunicar-ho a l'empresa el mateix dia en què presente esta disconformitat o el dia hàbil següent.
- Ès per això que este model de sol-licitud, a més d'una còpia perquè vos la quedeu, en té una altra, amb les dades bàsiques de la disconformitat, que podeu entregar a la vostra empresa o, si ho trobeu convenient, a l'entitat que vos abonava el subsidi fins al moment de rebre l'alta mèdica.
- Les dos còpies només tenen validesa si han sigut presentades i registrades.

DIRECCIÓ PROVINCIAL DE L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL DE/D' _____

Manifestació de disconformitat amb l'alta médica

Registre INSS

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 especifique en qualitat de què actua en el seu nom (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

20260722

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 obtindre la Cl@ve permanent, pot trobar tota la informació necessària en l'adreça següent: https://clave.gob.es.

C-061 val V.7

Si este formulari no va acompanyat dels documents necessaris per a la sua tramitació, haurà de presentar-los en el termini de 10 dies, comptats des de l'endemà del dia en què se li haja notificat el requeriment. Pot presentar la documentació en https://sede.seg-social.gob.es, des de Ciutadans > Altres procediments, en 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 pròxima al seu domicili, o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social, amb cita prèvia, que post sol·licitar telefonant al 91 541 25 30 o 901 10 65 70, o bé en *https://inss.seg-social.es/cita* .

Signat:

prestaciones.seg-social.es
Simplifica *tu* vida digital

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre INSS

Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica expedida 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 firmat, 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. Emplene les seues dades d'identificació personal, la seua residència permanent i les seues 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

20260722

1.2 Del representant legal, que actua com:

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

C-061 val V.7

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 vos manifesteu disconforme i l'entitat que vos abonava la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.".

Data de la baixa mèdica

Quan vau rebre l'alta medica, expedida per l'INSS, percebíeu el subsidi a través de:

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

3. DADES DE LA RECEPCIÓ DE L'ALTA MÈDICA PEL TREBALLADOR. Indiqueu la data en què vau rebre la resolució.

Data del justificant de recepció

4. AL·LEGACIONS. Si voleu afegir alguna cosa que considereu important i que no trobeu arreplegada en la sol·licitud, anoteu-la en este apartat..

20260722

C-061 val V.7

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.
Destinataris	Només s'efectuaran cessions i transferències previstes legalment o autoritzades mitjançant el vostre consentiment.
Drets	Accés a dades, rectificació i supressió de dades, a més d'altres drets com s'explica en la informació addicional.
Procedència	Obtenim dades d'altres administracions i entitats en els termes legalment previstos.
Informació addicional	Podeu consultar informació addicional i detallad sobre esta qüestió en el full informatiu que s'adjunta a este formulari en l'apartat "INFORMACIÓ ADDICIONAL SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS".

CONSENTIMENTS

L'Institut Nacional de la Seguretat Social sol·licita el vostre consentiment per a consultar i obtindre electrònicament les dades o els documents que es troben en poder de qualsevol administració, l'accés als quals no estiga prèviament emparat per la llei i que siguen necessaris per a resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si és el cas, la prestació que poguera reconéixer-se.

☐ SÍ que hi done el consentiment

☐ NO hi done el consentiment

NOTA IMPORTANT: En cas que no doneu el consentimen per a consultar i obtindre dades o documents, heu d'aportar, en el termini de 10 dies hàbils, els documents que vos indiquen que siguen necessaris per a resoldre la vostra sol·licitud i gestionar, si és el cas, la prestació que poguera reconéixer-se.

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

☐ SÍ que hi done el consentiment

☐ NO hi done el consentiment

DECLARE que les dades incloses en esta sol·licitud són certes. Firma

a de/d' de 20

IMPORTANT

- És imprescindible que s'indique correctament l'adreça de correu electrònic i número de telèfon mòbil del sol·licitant. Estes dades són necessàries per a poder enviar notificacions o qualsevol informació rellevant relacionada amb el seu expedient. Per favor, revise que estiguen emplenats i actualitzats abans d'enviar la sol·licitud.
- Qualsevol variació en les dades d'esta sol-licitud ha de comunicar-ho a esta Entitat Gestora per qualsevol de les vies indicades anteriorment.
- El treballador que inicie el procediment de disconformitat ha de comunicar-ho a l'empresa el mateix dia en què presente esta disconformitat o el dia hàbil següent.
- Ès per això que este model de sol-licitud, a més d'una còpia perquè vos la quedeu, en té una altra, amb les dades bàsiques de la disconformitat, que podeu entregar a la vostra empresa o, si ho trobeu convenient, a l'entitat que vos abonava el subsidi fins al moment de rebre l'alta mèdica.
- Les dos còpies només tenen validesa si han sigut presentades i registrades.

DIRECCIÓ PROVINCIAL DE L'INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL DE/D'

20260722

C-061 val V.7

Manifestació de disconformitat amb l'alta médica

Registre INSS

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 especifique en qualitat de què actua en el seu nom (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

20260722

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 obtindre la Cl@ve permanent, pot trobar tota la informació necessària en l'adreça següent: *https://clave.gob.es.*

C-061 val V.7

Si este formulari no va acompanyat dels documents necessaris per a la sua tramitació, haurà de presentar-los en el termini de 10 dies, comptats des de l'endemà del dia en què se li haja notificat el requeriment. Pot presentar la documentació en https://sede.seg-social.gob.es, des de Ciutadans > Altres procediments, en 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 pròxima al seu domicili, o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social, amb cita prèvia, que post sol·licitar telefonant al 91 541 25 30 o 901 10 65 70, o bé en *https://inss.seg-social.es/cita* .

Signat:

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARIA D'ESTAT DE LA SEGURETAT SOCIAL I PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUT NACIONAL DE LA SEGURETAT SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Registre INSS

Manifestació de disconformitat amb l'alta mèdica expedida 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 firmat, 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 vos manifesteu disconforme i l'entitat que vos abonava la baixa mèdica en el moment de rebre l'alta mèdica.".

Data de la baixa mèdica

Quan vau rebre l'alta medica, expedida per l'INSS, percebíeu el subsidi a través de:

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

3. DADES DE LA RECEPCIÓ DE L'ALTA MÈDICA PEL TREBALLADOR. Indiqueu la data en què vau rebre la resolució.

Data del justificant de recepció

20260722
C-061 val V.7

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 posar-vos en contacte amb el delegat de Protecció de Dades?
Adreça del Servici 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 usarem les vostres dades?
Les vostres dades seran tractades amb la finalitat principal de resoldre esta sol·licitud i de gestionar, si és el cas, la prestació reconeguda.

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

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

LEGITIMACIÓ DEL TRACTAMENT

Quina és la legitimació per al tractament de les vostres dades?
El tractament de les dades s'efectua sobre la base de l'exercici de poders públics autoritzat per una norma legal (art. 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 (TRLGSS).

Pel que fa a les comunicacions i l'enviament d'informació en matèria de Seguretat Social, el tractament és legitimat pel vostre consentiment. La negativa a atorgar-lo comportarà que no podreu rebre esta classe d'enviaments, si bé no impedirà que vos puguem informar per estos canals de l'estat de la vostra sol·licitud. També vos fem saber que no esteu obligat a facilitar l'adreça de correu electrònic i el número de telèfon mòbil, i que el fet de no facilitar esta informació no és un impediment per a tramitar la 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 seues funcions tenen caràcter reservat i sols s'utilitzen per a les finalitats encomanades legalment, sense que puguen ser cedides o comunicades a tercers, llevat que la cessió o comunicació tinga per objecte algun dels supòsits que s'indiquen expressament en l'article 77 del TRLGSS, com també en els supòsits indicats en qualsevol altra norma de rang legal.

Si es tracta d'una sol·licitud basada en normativa internacional, les vostres dades poden ser cedides als organismes estrangers competents per a la tramitació de la sol·licitud.

DRETS DE LES PERSONES INTERESSADES

Quins drets teniu quan ens faciliteu dades personals?
Podeu exercir respecte de les dades personals proporcionades, en qualsevol moment i en els termes establits per la normativa de protecció de dades, els drets d'accés, rectificació, supressió, limitació i oposició, o bé retirar el consentiment prestat al tractament en els casos en què haja sigut 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, dirigit al delegat de Protecció de Dades les dades del qual figuren en el segon apartat d'esta taula.

Vos informem que en cas de considerar que el vostre requeriment no ha sigut atés com cal, teniu la possibilitat de presentar una reclamació adreçada a l'Agència Espanyola de Protecció de Dades.

PROCEDÈNCIA

Com obtenim les vostres dades personals?
A més de les dades que ens faciliteu en la sol·licitud, arrepleguem altres dades personals d'altres administracions i entitats en compliment de la normativa i amb la finalitat d'agilitar i facilitar l'acció administrativa. L'accés a estes dades està emparat en normes amb rang de llei.

20260722
C-061 val V.7