



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURIDADE SOCIAL



INSTITUTO SOCIAL
DA MARIÑA

SECRETARIA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

MANIFESTACIÓN DE DESCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA EMITIDA POLO INSTITUTO SOCIAL DA MARIÑA (ISM)

1. DATOS PERSOAIS

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				
SE DESEXA recibir información por correo electrónico, indíquenos o seu enderezo								

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL

Data da baixa médica			
Cando recibiu a alta médica, emitida polo ISM, estaba a percibir o subsidio a través de:			
<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Mutua	<input type="checkbox"/> SPOE/INEM del ISM	ISM

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA, POLO TRABALLADOR

Data do xustificante de recepción

4. ALEGACIÓNS

--

C-066 (gal)

2010

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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARIA DE ESTADO
DA SEGURIDADE SOCIAL



INSTITUTO SOCIAL
DA MARIÑA

SECRETARIA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

MANIFESTACIÓN DE DESCONFORMIDADE COA ALTA MÉDICA EMITIDA POLO INSTITUTO SOCIAL DA MARIÑA (ISM)

1. DATOS PERSOAIS

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				
SE DESEXA recibir información por correo electrónico, indíquenos o seu enderezo								

2. DATOS DO PROCESO DE INCAPACIDADE TEMPORAL

Data da baixa médica			
Cando recibiu a alta médica, emitida polo ISM, estaba a percibir o subsidio a través de:			
<input type="checkbox"/> Empresa	<input type="checkbox"/> Mutua	<input type="checkbox"/> SPOE/INEM del ISM	ISM

3. DATOS DA RECEPCIÓN DA ALTA MÉDICA, POLO TRABALLADOR

Data do xustificante de recepción

INSTRUCCIÓN PARA CUMPRIMENTAR A SOLICITUDE

- 1.- Consigne os seus datos de identificación persoal e de residencia permanente. Neste apartado pódenos facilitar o seu número de móbil e o enderezo de correo electrónico para contactar con vostede por estes medios e axilizar as comunicacións.
- 2.- Indique a data de inicio do proceso de incapacidade temporal sobre o que manifesta a súa desconformidade a entidade (Empresa, Mutua, SPEE/INEM ou ISM) 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.

O INSTITUTO SOCIAL DA MARIÑA 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.

Esta solicitude vai ser tramitada por medios informáticos. Os datos persoais que figuran nela serán incorporados a un ficheiro creado pola Orde TASS 4231/2006 (BOE 17-1-07) e permanecerán baixo custodia da Dirección do Instituto Social da Mariña. En calquera momento pode exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición sobre os datos incorporados a este ante a Dirección Provincial do ISM (art. 5 da Lei 15/1999, do 13 de decembro, de Protección de Datos de carácter persoal, BOE do día 14).