



MANIFESTACIÓN DE DISCONFORMIDAD CON EL ALTA MÉDICA EMITIDA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad Social /		DNI, NIE, pasaporte		Teléfono fijo				
				Teléfono móvil				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad			Provincia				
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección								

2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha de la baja médica

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

Empresa Mutua SPEE/INEM INSS

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

Fecha del acuse de recibo

4. ALEGACIONES

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



**MANIFESTACIÓN DE DISCONFORMIDAD CON
EL ALTA MÉDICA EMITIDA POR EL INSTITUTO
NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (INSS)**

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre				
Número de la Seguridad Social /		DNI, NIE, pasaporte		Teléfono fijo Teléfono móvil				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
SI DESEA recibir información por correo electrónico, indíquenos su dirección								

2. DATOS DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha de la baja médica

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

Empresa Mutua SPEE/INEM INSS

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

Fecha del acuse de recibo

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR LA SOLICITUD

- 1.- Consigne sus datos de identificación personal y de residencia permanente. En este apartado nos puede facilitar su número de móvil y la dirección de correo electrónico para contactar con usted por estos medios y agilizar las comunicaciones.
- 2.- Indique la fecha de inicio del proceso de incapacidad temporal sobre el que manifiesta su disconformidad y la entidad (Empresa, Mutua, SPEE/INEM o INSS) que le estaba abonando la baja médica en el momento de recibir el alta médica.
- 3.- Indique la fecha de recepción de la resolución.
- 4.- Si desea añadir algo, que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, consígnelo en este apartado de la forma más breve y concisa posible.

EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL LE INFORMA:

RECUERDE:

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.

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero creado por la Orden 26-3-1999 (BOE 8-4-99) y permanecerán bajo custodia de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social. En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al mismo ante la Dirección Provincial del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, BOE del día 14).