Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y PENSIONES

INSTITUTO SOCIAL
DE LA MARINA

# SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE BAJA MÉDICA POR RECAÍDA EN PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE DURACIÓN INFERIOR A 365 DÍAS

## (Art. 170.1 TEXTO REFUNDIDO LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL)

Registro ISM

Puede realizar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tanto con certificado digital como con ***Cl@ve permanente***. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá enviar un ejemplar firmado por correo ordinario o presentarlo en una Dirección Provincial o Local del Instituto Social de la Marina solicitando cita previa en ***https://run.gob.es/xnka31ad***, o a través de la aplicación móvil ***"ISM en tu bolsillo".***

## 1. DATOS PERSONALES

### 1.1 SOLICITANTE

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | | | | |
| DNI-NIE-Pasaporte | Número de la Seguridad Social | Teléfono móvil | Teléfono fijo | | | |
| Domicilio (calle, plaza …) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | Localidad | Provincia | País | | | |
| Correo electrónico | | | | | | |

### 1.2 REPRESENTANTE LEGAL que actúa como:

Tutor/a ☐ Tutor/a institucional ☐ Graduado/a social ☐ Gestor/administrativo ☐ Otros/as apoderado/as ☐

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | | | | |
| DNI-NIE-Pasaporte | | Teléfono móvil | Teléfono fijo | | | |
| Domicilio (calle, plaza …) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | Localidad | Provincia | País | | | |
| Correo electrónico | | | | | | |

### 1.3 GUARDADOR/A DE HECHO, cumplimentar en aquellos supuestos en los que la persona solicitante para formular la solicitud precise la intervención de guardador/a de hecho

Guardador/a de hecho ☐ Guardador/a de hecho judicial ☐

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | | | | |
| DNI-NIE-Pasaporte | | Teléfono móvil | Teléfono fijo | | | |
| Domicilio (calle, plaza …) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | Localidad | Provincia | País | | | |
| Correo electrónico | | | | | | |

| Apellidos y nombre: | DNI-NIE-Pasaporte |
|---|---|

②

**1.4 CURADOR/DEFENSOR JUDICIAL,** cumplimentar en aquellos supuestos en los que la persona solicitante para formular la solicitud precise la intervención de un curador(a)/defensor(a) judicial

| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DNI-NIE-Pasaporte | | Teléfono móvil | | Teléfono fijo | | |
| Domicilio (calle, plaza …) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| Código postal | Localidad | Provincia | País | | | |
| Correo electrónico | | | | | | |

## 2. ANTECEDENTES

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 170.1 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, con fecha ..... , el Instituto Social de la Marina emitió un alta médica de su proceso de incapacidad temporal.

## 3. CAUSA DE LA SOLICITUD

SOLICITO la expedición por parte del Instituto Social de la Marina de una baja por recaída, al considerar que me encuentro incapacitado para el trabajo y que la enfermedad que padezco lo es por la misma o similar patología que la que originó la baja médica anterior, por no haber transcurrido más de 180 días desde el alta mencionada.

## 4. ALEGACIONES (si quiere añadir algo que considere importante y no vea recogido en esta solicitud, póngalo en este apartado de la forma más breve y concisa posible)

**DECLARO,** que son ciertos los datos incluidos en esta solicitud.

El Instituto Social de la Marina solicita su consentimiento para consultar y recabar electrónicamente los datos o documentos que se encuentren en poder de cualquier Administración, cuyo acceso no esté previamente amparado por la ley y que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

**NOTA IMPORTANTE: En caso de no dar su consentimiento deberá aportar, en el plazo de 10 días hábiles, los documentos que se le indiquen que sean necesarios para resolver su solicitud y gestionar, en su caso, la prestación reconocida.**

El Instituto Social de la Marina solicita su consentimiento para utilizar el teléfono móvil, el correo electrónico y datos de contacto facilitados en esta solicitud para enviarle comunicaciones en materia de Seguridad Social.

☐ **SÍ doy mi consentimiento**

☐ **NO doy mi consentimiento**

| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES | |
|---|---|
| **RESPONSABLE** | Instituto Social de la Marina (ISM) |
| **FINALIDAD** | Gestión de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social competencia del ISM |
| **LEGITIMACIÓN** | Ejercicio de poderes públicos |
| **DESTINATARIOS** | Sólo se efectuarán cesiones y transferencias previstas legalmente o autorizadas mediante su consentimiento |
| **DERECHOS** | Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional |
| **PROCEDENCIA** | Recabamos datos de otras administraciones y entidades en los términos legalmente previstos |
| **INFORMACIÓN ADICIONAL** | Puede consultar información adicional y detallada en la hoja informativa que se acompaña al presente formulario en el apartado "INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES" |

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

Firma

**Si va a presentar esta solicitud por internet no es necesario que firme este formulario**

DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA DE .....

# SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE BAJA MÉDICA POR RECAÍDA EN PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL DE DURACIÓN INFERIOR A 365 DÍAS
## (Art. 170.1 TEXTO REFUNDIDO LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL)

### DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD

**EN TODOS LOS CASOS**

- Acreditación de identidad de solicitante, y, en caso de que lo hubiera, de representante legal, de guardador/a de hecho, curador/a, defensor/a judicial, mediante la siguiente documentación en vigor:

  * Españoles/as: Documento Nacional de Identidad (DNI).
  * Extranjeros/as: Pasaporte o, en su caso, documento de identidad vigente en su país y NIE (Número de Identificación de extranjero/a) exigido por la AEAT a efectos de pago o Tarjeta de identidad de extranjero (TIE).

- Documentación acreditativa de la representación legal, en su caso
- Resolución o autorización judicial, para punto 1.3/1.4.
- Si la persona solicitante está acogida en algún Centro oficial o privado, indique el establecimiento y especifique en calidad de qué actúa usted en su nombre (director/a, secretario/a, administrador/a, etc.).
- En aquellos supuestos en los que sea preciso la intervención de un guardador/a de hecho, o en su caso, de un curador(a), defensor(a) judicial, la documentación acreditativa correspondiente.
- Informes, pruebas médicas y cualquier otro documento que pueda ayudar a comprobar que se trata de la misma o similar patología que el proceso anterior.

**RECUERDE:**

**La mera presentación de esta solicitud no generará ningún efecto económico.**

Cualquier variación en los datos de esta solicitud, mientras esté vigente la prestación, deberá ser comunicada a la Dirección Provincial o Local de este Instituto, más cercana a su domicilio.

20230427

C-170.1 cas V.2

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

| | |
|---|---|
| **RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO** | ***¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?***<br>Subdirector/a General de Seguridad Social de los Trabajadores del Mar<br>C/ Génova, 20<br>CP 28004 Madrid, ESPAÑA<br>https://sede.seg-social.gob.es |
| **DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS** | ***¿Cómo puede contactar con el Delegado de Protección de Datos?***<br>Jefe/a del Servicio Jurídico de la Seguridad Social<br>C/ Sagasta, 13 - 6ª Planta<br>CP 28004 Madrid, ESPAÑA<br>delegado.protecciondatos@sede.seg-social.es |
| **FINALIDAD DEL TRATAMIENTO** | ***¿Para qué utilizaremos sus datos?***<br>Sus datos serán tratados con la finalidad principal de resolver esta solicitud y de gestionar, en su caso, la prestación reconocida.<br>El tratamiento de sus datos de contacto tendrá como finalidad la realización de comunicaciones y remisión de información en materia de Seguridad Social.<br>Los datos personales proporcionados se conservarán mientras sean necesarios para gestionar su prestación o las de sus posibles beneficiarios así como para otros fines de archivo y estadística pública. |
| **LEGITIMACIÓN DEL TRATAMIENTO** | ***¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?***<br>El tratamiento de los datos se realizará sobre la base del ejercicio de poderes públicos autorizado por una norma legal (Arts. 66, 71, 72, 77 y concordantes Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en adelante, TRLGSS).<br>Por lo que respecta a las comunicaciones y envío de informaciones en materia de Seguridad Social, el tratamiento vendrá legitimado por su consentimiento. La negativa a otorgarlo supondrá que no podrá recibir este tipo de envíos, si bien, no impedirá que le podamos informar por dichos canales del estado de sus solicitudes. También le informamos de que no está obligado a facilitar su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil y que, en caso de no facilitarlos, no impedirá el trámite de su solicitud. |
| **DESTINATARIOS DE CESIONES O TRANSFERENCIAS** | ***¿A quién comunicaremos sus datos?***<br>Los datos personales obtenidos por el Instituto Social de la Marina en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo se utilizarán para los fines encomendados legalmente, sin que puedan ser cedidos o comunicados a terceros, salvo que la cesión o comunicación tenga por objeto alguno de los supuestos previstos expresamente en el artículo 77 del TRLGSS así como en los supuestos indicados en cualquier otra norma de rango legal.<br>Si se trata de una solicitud basada en normativa internacional, sus datos podrán ser cedidos a los organismos extranjeros competentes para el trámite de su solicitud. |
| **DERECHOS DE LAS PERSONAS INTERESADAS** | ***¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos personales?***<br>Respecto de los datos personales proporcionados, puede ejercitar en cualquier momento y en los términos establecidos por la normativa de protección de datos los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición, o bien retirar el consentimiento prestado a su tratamiento en los casos que hubiese sido requerido, todo ello mediante escrito presentado en una Direción Provincial o Local del Instituto Social de la Marina o, por correo postal o a través de la sede electrónica de la Seguridad Social, ante el Delegado de Protección de Datos cuyos datos se encuentran en el segundo apartado de esta tabla.<br>Le informamos de que en caso de considerar que su requerimiento no ha sido atendido oportunamente, tiene la posibilidad de presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos. |
| **PROCEDENCIA** | ***¿Cómo obtenemos sus datos personales?***<br>Además de los datos facilitados por usted en su solicitud recabamos otros datos personales de otras administraciones y entidades en cumplimiento de la normativa y con el fin de agilizar y facilitar la actuación administrativa. Estos accesos a datos están amparados en normas con rango de ley. |

20230427
C-170.1 cas V.2