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

CERTIFICAT D'EMPRESA sobre la situació laboral del treballador/a per als supòsits de prolongació d'efectes econòmics fins a qualificació d'incapacitat permanent, alta mèdica i declaració de disconformitat de l'art. 170.2 del text refós de la Llei General de la Seguretat Social [1]

Podeu sol·licitar aquest tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (***https://sede.seg-social.gob.es***), tant amb certificat digital com amb Cl@ve permanent. Si no disposeu de cap sistema d'identificació electrònica, podeu fer el tràmit a ***https://run.gob.es/tramites*** o presentar un exemplar signat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social demanant hora als telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o a ***https://run.gob.es/trdcita***

En/Na ..... amb DNI - NIE - passport .....

que exerceixo a l'empresa el càrrec de .....

CERTIFICO que són certes les dades relatives a l'empresa, com també les personals i professionals que a continuació indico:

1. DADES DE L'EMPRESA

Nom o raó social						Codi de compte de cotització
Domicili habitual: (carrer, plaça …)	Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	Codi postal
Localitat	Província					Telèfon

2. DADES DE LA PERSONA TREBALLADORA

Cognoms i nom						DNI - NIE - passaport
Domicili habitual: (carrer, plaça …)	Número	Bloc	Escala	Pis	Porta	Codi postal
Localitat	Província					Telèfon
Número de Seguretat Social	Categoria	Data d'alta a l'empresa			Data de baixa a l'empresa	

Dades de la incapacitat temporal

Data de la baixa mèdica .....

Data d'extinció d'efectes econòmics de la incapacitat temporal .....

☐ SÍ s'ha incorporat al treball. Data d'incorporació .....

☐ NO s'ha incorporat al treball fins a la data d'aquest certificat

Observacions:

I això ho certifico a efectes que se li aboni la prestació d'incapacitat temporal en pagament directe per l'INSS, durant el període corresponent.

..... , ... de/d' ..... de 20.....

Signatura i segell,

[1] Només per a treballadors que tenen cobertes les contingències amb l'Institut Nacional de la Seguretat Social.

20230419
C-093 cat V.5