



SOLICITUD DE EXPEDICIÓN DE BAJA MÉDICA POR RECAÍDA (Art. 170.2 TEXTO REFUNDIDO LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL)

ATENCIÓN. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible.
ESCRIBA CON CLARIDAD Y EN LETRAS MAYÚSCULAS.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

DATOS PERSONALES

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		
DNI/NIE/Pasaporte	Número de la Seguridad Social	Teléfono de contacto		Correo electrónico		
Domicilio habitual (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad	Provincia			País	

ANTECEDENTES

De acuerdo con lo dispuesto en el art. 170.2 de la Ley General de la Seguridad Social, con fecha se produjo la resolución del Director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social mediante la que se me comunicaba la emisión del alta médica con efectos de

CAUSA DE LA SOLICITUD

SOLICITO la expedición por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social 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.

ALEGACIONES

DOCUMENTOS A PRESENTAR

- Ver dorso

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente que quedo enterado de la obligación de comunicar al Instituto Nacional de la Seguridad Social cualquier variación de los datos en ella expresados que pudieran producirse durante el trámite de la misma.

MANIFIESTO mi consentimiento para la consulta u obtención de una copia de los datos de mi historial clínico, custodiado por los Servicios Públicos de Salud o centros concertados, así como para la consulta de mis datos de identificación personal a través del Servicio de Verificación de Datos de Identidad, en todo caso con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de esta solicitud.

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

Firma del solicitante,

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de.....

NOTA: Esta solicitud/comunicación va a ser tratada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en este formulario serán incorporados y tratados en un fichero informático bajo custodia de la Dirección General/Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En cualquier momento puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados en dicho fichero ante la Dirección Provincial del INSS o ante un Centro de Atención e Información del INSS (art. 5 de la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE del día 14)

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LA SOLICITUD

(Original acompañado de copia para su compulsión o fotocopia ya compulsada, excepto para los documentos de identidad en los que será suficiente la exhibición del original)

EN TODOS LOS CASOS

- Acreditación de identidad del solicitante mediante la siguiente documentación en vigor:
 - Españoles: Documento Nacional de Identidad (DNI).
 - Extranjeros: Número de Identificación de Extranjeros (NIE) y pasaporte o documentos/carta de su país (UE, EEE y Suiza). Tarjeta de Identidad de Extranjeros (TIE), resto de países.
- 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.

Se recuerda que la mera presentación de esta solicitud no generará ningún efecto económico.