A LA DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE……......................

D./Dª …………………………….. mayor de edad, con DNI nº ……………………., y domicilio a efectos de notificaciones en Calle ……………….nº ….., código postal …………… de …………………., ante la DIRECCIÓN PROVINCIAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL comparece y, como mejor proceda en Derecho,

**EXPONE:**

1. Que es ...................1, y ..........................2 en la empresa ……….………., con domicilio en …………………….. bajo el Régimen3 de la Seguridad Social, estando afiliado/

a con el número …………….

2. Que desde el día ……………….. hasta el día ……… está en situación de baja por "Incapacidad Temporal por contingencias comunes", habiéndosele extendido, con fecha ………, el parte médico de confirmación de baja número ……………….........4

3. Que las causas que dieron lugar a la situación de baja laboral vienen originadas por condiciones y circunstancias relacionadas con la actividad profesional desarrollada como .....................................................................................5**147**

4. Que las causas que afectan al estado de salud de quien suscribe, y que se recogen en el historial médico y en los protocolos del Servicio Público de Salud de .......................... Sanitarios, se manifiestan en .....6 (Aportándolo como documento).

5. Que si bien es cierto que el diagnóstico citado no está catalogado de forma expresa como "accidente de trabajo", el día ...... de ........ de ....... a las .......... horas el que suscribe sufrió una caída ..................................7 que le provocó

.................................................................................8

6. Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 115.3 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (aprobado por RD Legislativo, de 20 de junio), "Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo, las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo".

7. Que el proceso de Incapacidad Temporal que afecta a quien suscribe, habida cuenta de la relación de éste frente al trabajo, como causa productora de los padecimientos diagnosticados, tal como se constata en el "informe clínico" antes citado, es evidente la existencia del nexo que los une y la realización de sus funciones, lo que determina la consideración de tales dolencias como accidente de trabajo.

Por todo cuanto antecede, de la Dirección Provincial de la Seguridad Social,

**SOLICITA:**

1. Que se dicte Resolución por la que se acuerde el cambio de contingencias comunes a contingencias por accidente de trabajo, en el proceso de Incapacidad Temporal en que se halla el/la interesado/a .......... que suscribe.

2. Que una vez dictada la mencionada Resolución se le comunique al Servicio ..............................................9 de Salud a efectos de que los eventuales partes de confirmación de baja que pudieran emitirse hasta la recuperación del/la interesado/a se expidan por las referidas contingencias de "accidentes de trabajo".

3. Que, de la Resolución, que se dicte, para conocimiento y producción de los efectos que de la misma se deriven, se dé traslado a la entidad colaboradora de la Seguridad Social: Mutua de Accidentes ........................., así como a la Empresa para la que trabaja el/la interesado/a ........................10.

4. Que se dé traslado a la Tesorería General de la Seguridad Social de copia del presente escrito y que, ante la eventualidad de que la Administración no dicte expresamente la correspondiente Resolución dentro del plazo legalmente establecido, se tenga por recibido como reclamación previa, a los efectos establecidos en la Ley de Procedimiento Laboral.

En........, ......de...........de 2018

Fdo:

1. Expresar el vínculo laboral entre trabajador y empresa: empleado, funcionario, trabajador, personal laboral……..

2. Trabaja, presta servicios ...................

3. General .........................

4. Se acompañarán copias, del primer parte como documento número 1 y del último como documento número 2.

5. Definir brevemente las funciones o tareas que se realizan.

6. Describir el diagnóstico y acompañar el Informe Clínico del Servicio Médico de

Salud que atienda al trabajador/a.

7. Definir el accidente o lo que ocurrió.

8. Enumerar las lesiones sufridas...

9. Indicar el Servicio Público de Salud correspondiente.

10. Nombre o razón social, organismo...