



PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)

Tipo de Contingencia: { Enfermedad común (EC) ☒ Accidente no laboral (ANL) ☐  
Accidente de trabajo (AT) ☐ Enfermedad profesional (EP) ☐  
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA		
SPS <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>

DATOS DEL TRABAJADOR		SITUACIÓN: ACTIVO <input checked="" type="checkbox"/>		PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>	
Primer apellido JIMENEZ		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre MARIA VICTORIA	
DNI-NIE-pasaporte 075258988K					
Nº Tarjeta Sanitaria AN0030707874	Nº de la Seg. Social 041011504414	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) LARGO CABALLERO. DUPLEX 1		Número 68	Bloque Escalera Piso Puerta
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04008	Teléfono móvil 650813981 Teléfono fijo 950274496
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.		Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:				
Fecha de AT o EP		Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>	Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>
<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo				
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 6 días	Fecha de la siguiente revisión médica

P.9 PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 15/03/2017  
Recaída: Sí ☐ NO ☐  
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta<sup>(2)</sup> 17/03/2017

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR GABRIELA RAMIREZ ARRIOLA M <sup>º</sup> GABRIELA RAMIREZ ARRIOLA CNP: 00/0157544/16 Firma, fecha y sello
Nº de colegiado 4040695
Nº de identificación del facultativo 15754416

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:  
Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒  
Fallecimiento ☐  
Propuesta de incapacidad permanente ☐  
Inicio de situación de maternidad ☐  
Incomparecencia ☐

P.9 <sup>(2)</sup> En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja.