

# PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC) ☐ Accidente no Laboral (ANL) ☐  
 Accidente de Trabajo (AT) ☒ Enfermedad Profesional (EP) ☐  
 Periodo de observación por enfermedad profesional ☐



NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA:	_____	SITUACIÓN:	_____
NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:	041030706875	ACTIVO	<input type="checkbox"/>
NÚMERO DEL DN/NIE/PASAPORTE:	X4781731P	PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO	<input type="checkbox"/>
NOMBRE Y APELLIDOS:	SALLAM KANTAL		
EMPRESA:	LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		

FECHA DE LA BAJA	0 5 0 9 2 0 1 6		
FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	2 4 1 0 2 0 1 6	Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN	0 3
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input checked="" type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
		_____ días	_____

## DATOS OBLIGATORIOS

CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN (1)	0 4
--	-----

(1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

## SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

(2) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.

## PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT	_____
---	-------

(3) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación. El INSS le remitirá comunicación sobre el proceso de IT del trabajador.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Maria Rosa Rosales Molina Almería, 26-10-2016
Firma, fecha y sello
Nº Colegiado
0 14 10 14 10 14 0 7 6
Nº de identificación del facultativo
_____

Ejemplar para la EMPRESA



# PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC) ☐ Accidente no Laboral (ANL) ☐  
 Accidente de Trabajo (AT) ☒ Enfermedad Profesional (EP) ☐  
 Periodo de observación por enfermedad profesional ☐



## DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO ☐

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido KANTAL		Segundo apellido		Nombre SALLAM		DNI-NIE-Pasaporte X4781731P	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 041030706875	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Carretera ADRA			Número 43	Bloque	Escalera 1
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04009	Teléfono móvil 603612671		Teléfono fijo 603612671	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo			Código nacional de ocupación (CNO)		

## CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP

0 5 0 9 2 0 1 6

Leve (1) ☒

Grave (1) ☐

Muy grave (1) ☐

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

## TIPO DE PROCESO

Muy corto ☐

Medio ☒

## DURACIÓN ESTIMADA

Fecha de la siguiente revisión médica

Corto ☐

Largo ☐

días

## PARTE DE BAJA

Fecha de la baja

0 5 0 9 2 0 1 6

Recaída:

SI ☐

NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

## DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Maria Rosa Rosales Molina  
Almería, 26-10-2016

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 4 0 4 0 4 0 7 6

Nº de identificación del facultativo

## CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

## PARTE DE ALTA

Fecha de Alta (2)

2 6 1 0 2 0 1 6

(2) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja

Ejemplar para la EMPRESA