

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

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



NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA:

SITUACIÓN:

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 041030706875

ACTIVO

PERCEPTOR DE
DESEMPEÑO
CONTRIBUTIVO

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: X4781731P

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

Medio

Corto

Largo

DURACIÓN ESTIMADA

días

Fecha de la siguiente revisión médica

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

(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 | 4 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 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 041030706875 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Carretera ADRA | Número 43 | Bloque | Escalera 1 | Piso 1 | Puerta E |
| 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP

Leve (1)

Grave (1)

Muy grave (1)

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto Medio
Corto Largo

DURACIÓN ESTIMADA

días

Fecha de la siguiente revisión médica

PARTE DE BAJA

Fecha de la baja

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
Almeria, 26-10-2016

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

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) En los partes de alta, cumpleiente también la fecha de la baja

Ejemplar para la EMPRESA