

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 ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido MARTIN		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre BIBIANA		DNI-NIE-pasaporte 075237545Z	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0025780779	Nº de la Seg. Social 041006069279	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) RIO TURIA			Número 6	Bloque	Escalera
Localidad FUENSANTA (LA)-VILLA INES (Huércal de Almería)		Provincia Almería		Código postal 04230	Teléfono móvil	Piso 3º	Puerta 4
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) 9210		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL.

Fecha de AT o EP

Leve⁽¹⁾ ☐

Grave⁽¹⁾ ☐

Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto ☐

Medio ☐

Corto ☒

Largo ☐

DURACIÓN ESTIMADA

10 días

Fecha de la siguiente revisión médica

19/08/2021

P.9 PARTE DE BAJA ☒

Fecha de la baja 12/08/2021

Recaída:

Sí ☐

NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial

del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐

Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR VIOLETA CARREÑO JOSE	
Firma, fecha y sello Violeta Carreño José CNP: 00/00/2025/36	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 362536	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite ☐

realizar trabajo habitual

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad ☐

permanente

Inicio de situación de ☐

maternidad

Incomparecencia ☐

albacadillamartin@gmail.com