

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

Primer apellido MARTINEZ		Segundo apellido LORENZO	Nombre DOLORES JOSEFA		DNI-NIE-Pasaporte 27503691S		
Nº Tarjeta Sanitaria 040026631260	Nº de la Seg. Social 040026631260	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle CAÑAVERAL		Número 8	Bloque	Escalera 3	Piso D
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04009	Teléfono móvil 661490959		Teléfono fijo 950141557 2	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecim			Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 1 0		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP **2 | 1 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 7**

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

2 | 8 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 7

PARTE DE BAJA

Fecha de la baja **2 | 1 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 7**

Recaída: SI NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída **| | | | | |**

PARTE DE ALTA

Fecha de Alta (2) **| | | | | |**

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Jose Luque Perez

Almería, 21-06-2017

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 2 | 2 | 1 | 7 | 7

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

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