

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 JIMENEZ		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre MARIA VICTORIA		DNI-NIE-Pasaporte 75258988 K	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 041011504414	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle LARGO CABALLERO			Número 68	Bloque	Escalera
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA		Código postal 04008	Teléfono móvil 650813981		Piso 950274496
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 2 9		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP

1 3 1 0 2 0 2 0

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

1 4 1 0 2 0 2 0

Recaída:

SI ☐

NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA

☒ Fecha de Alta (2)

1 6 1 0 2 0 2 0

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

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Firmado electrónicamente por

Angela Fernandez Ayora

Almería, En fecha 14/10/2020 a las 12:50:19

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 4 0 4 0 5 1 3 2 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 ☐

ASEPEYO
AVDA. CARLOS III, 10
04007 ALMERÍA
TLF: 950921111 FAX: 95091997

Ejemplar para la EMPRESA