

**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) ☐  
 Periodos 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<br><b>PIROGOVA</b>                                 |   | Segundo apellido   |  | Nombre<br><b>NATALIA</b>      |                | DNI-NIE-pasaporte<br><b>X9883839A</b>             |                                   |
| Nº Tarjeta Sanitaria<br><b>AN1098999296</b>                        | Nº de la Seg. Social<br><b>041045165838</b> | Domicilio habitual (Calle, plaza ...)<br><b>FEDERICO DE CASTRO</b> |  | Numero<br><b>22</b>           | Bloque         | Escalera  | Piso<br><b>1º</b>                 |
| Localidad<br><b>ALMERIA (Almería)</b>                              |   | Provincia<br><b>Almería</b>  |  | Código postal<br><b>04003</b> | Telefono móvil |   | Telefono fijo<br><b>605196785</b> |
| Nombre de la empresa<br><b>LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.</b> |   |  |  | Puesto de trabajo             |                | Código nacional de ocupacion (CNO)<br><b>9229</b> |                                   |

| CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL: |   |  |  |
|--|---|--|--|
| Fecha de AT o EP                                       |   | Leve <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>                     | Grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>              |
|  |   | Muy grave <sup>(1)</sup> <input type="checkbox"/>                |  |
| <sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo |   |  |  |
| TIPO DE PROCESO  | Muy corto <input type="checkbox"/><br>Corto <input checked="" type="checkbox"/> | Medio <input type="checkbox"/><br>Largo <input type="checkbox"/> | DURACIÓN ESTIMADA<br><b>7 días</b>                         |
|  |   |  | Fecha de la siguiente revisión médica<br><b>08/12/2022</b> |

20141104

**P.9 PARTE DE BAJA** ☒ Fecha de la baja **02/12/2022**

Recada SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recada

**PARTE DE ALTA** ☐ Fecha del alta<sup>(2)</sup>

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

| DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/<br>DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR   |  |
|---|--|
| <b>JOSE MANUEL BRETONES RODRIGUEZ</b>                       |  |
| <i>Jose Manuel Bretones Rodriguez</i><br>CNP: 00/0001110/43 |  |
| Firma, fecha y sello  |  |
| Nº de colegiado<br>No especificado                          |  |
| Nº de identificación del facultativo<br>111043              |  |

**CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:**

Curacion/Mejoria que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

8-021

963883853302124