

# PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

SEGURIDAD SOCIA

RÉGIMEN	SITUACIÓN	DATOS DEL TRABAJADOR	
GENERAL <input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVO <input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA:	
AUTÓNOMOS <input type="checkbox"/>	DESEMPLEADO <input type="checkbox"/>	NÚM. AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL:	041038397056
AGR. C/PROPIA <input type="checkbox"/>		NÚM. DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD:	X06875721D
AGR. C/AJENA <input type="checkbox"/>		NOMBRE Y APELLIDOS:	BEIZA MARIO ORLANDO
MAR <input type="checkbox"/>			
E. HOGAR <input type="checkbox"/>			
M. CARBÓN <input type="checkbox"/>			

Domicilio C/DR GREGORIO MARAÑÓN	Localidad ALMERIA	Provincia ALMERIA	Código postal 4005	Teléfono
------------------------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	----------

## DATOS DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa LABOR DE EQUIPO	Domicilio C/MONTENEGRO	Localidad ALMERIA	Provincia ALMERIA	Código postal
Entidad pago IT / CC Empr. Colaboradora <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>	Mutua	Actividad Empresa	Código CNAE	Puesto de trabajo

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?	DÍAS	MESES

PARTE DE BAJA <input type="checkbox"/>	Fecha de la BAJA	27/11/21
PARTE DE ALTA <input type="checkbox"/>	Fecha del ALTA (*)	30/11/21
RECAÍDA	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/>	ACCIDENTE NO LABORAL <input type="checkbox"/>

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

Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS	
Dra. Amparo Díaz García	
Col. núm. 04/0403007	
ALMERIA	
Firma, Fecha y Sello	
Número de colegiado	

## CAUSA DEL ALTA

- Curación
- Fallecimiento
- Inspección Médica
- Propuesta de Incapacidad
- Agotamiento plazo
- Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Incomparecencia