

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

SEGURIDAD SOCIAL

RÉGIMEN		SITUACIÓN		DATOS DEL TRABAJADOR			
GENERAL	<input checked="" type="checkbox"/>	ACTIVO	<input type="checkbox"/>	NÚM. TARJETA SANITARIA: 041038397056			
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 MARÍNÓN	Localidad ALMERIA	Provincia ALMERIA	Código postal 40005	Teléfono 871111111
---	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	------------------------------

DATOS DE LA EMPRESA

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

¿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"/>	ENFERMEDAD COMÚN <input type="checkbox"/>
NO <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