

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

PERCECTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido BRITEL	Segundo apellido	Nombre MOHAMMED AMINE		DNI-NIE-Pasaporte X8379832N		
Nº Tarjeta Sanitaria 041044549886	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle LIBANO	Número 15	Bloque	Escalera	Piso 1	Puerta 6
Localidad ALMERÍA	Provincia ALMERÍA	Código postal 04009	Teléfono móvil 600042200	Teléfono fijo 600042200		
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.	Puesto de trabajo Cristaleros				Código nacional de ocupación (CNO) 7 2 9 3	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP

Leve (1)

Grave (1)

Muy grave (1)

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto

Medio

DURACIÓN ESTIMADA

Corto

Largo

días

Fecha de la siguiente revisión médica

PARTE DE BAJA

Fecha de la baja

Recaída: SI NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA

Fecha de Alta (2)

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

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Rosali Armas Villa Almería, 20-02-2020	
Firma, fecha y sello	
Nº Colegiado <input type="text" value="0 4 2 1 0 4 9 0 9 7"/>	
Nº de identificación del facultativo <input type="text"/>	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad permanente

Inicio de situación de maternidad

Incomparecencia

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC) Accidente de Trabajo (AT)

Accidente no Laboral (ANL)
Enfermedad Profesional (EP)
Periodo de observación por enfermedad profesional



NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA:

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 041044549886

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: X8379832N

NOMBRE Y APELLIDOS: MOHAMMED AMINE BRITEL

EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.

SITUACIÓN:

ACTIVO

RECEPTOR DE
DESEMPEÑO
CONTRIBUTIVO

FECHA DE LA BAJA

1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0

FECHA DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN

1 | 9 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0

Nº DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN

0 | 1

TIPO DE PROCESO

Muy corto

Medio

DURACIÓN ESTIMADA

Corto

Largo

días

Fecha de la siguiente revisión médica

2 | 5 | 0 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0

DATOS OBLIGATORIOS

CÓDIGO DE LA PROVINCIA DEL CENTRO DE SALUD DEL FACULTATIVO/MÉDICO INSPECTOR QUE EMITE EL PARTE DE CONFIRMACIÓN (1)

0 | 4

- (1) Dato obligatorio con el fin de identificar la provincia de la entidad emisora de la baja médica, a efectos de coordinación y control de la IT del trabajador.

SÓLO EN CASO DEL TRASLADO DEL TRABAJADOR A OTRO SPS

ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN POR TRASLADO

- (2) En el caso de traslado, el próximo parte de confirmación se emitirá por otro SPS diferente al que emitió este parte de confirmación.

PASE A CONTROL DEL INSS

FECHA DE CUMPLIMIENTO DE LOS 365 DÍAS DE IT

| | | |

- (3) A partir de esta fecha no se emitirán partes de confirmación. El INSS le remitirá comunicación sobre el proceso de IT del trabajador.

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Rosalí Armas Villa
Almería, 20-02-2020

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 | 4 | 2 | 1 | 0 | 4 | 9 | 0 | 9 | 7

Nº de identificación del facultativo