

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 BRITEL		Segundo apellido		Nombre MOHAMMED AMINE		DNI-NIE-Pasaporte X8379832N	
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 041044549886	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle LIBANO			Número 15	Bloque	Escalera 1
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 1 1 0 2 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 ☐ DURACIÓN ESTIMADA Fecha de la siguiente revisión médica
 Corto ☒ Largo ☐ días

PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 1 2 0 2 2 0 2 0

Recaída: SI ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ Fecha de Alta (2) 2 1 0 2 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	
Rosali 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	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

Ejemplar para la EMPRESA

PARTE MÉDICO DE CONFIRMACIÓN 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 ☐



NÚMERO DE LA TARJETA SANITARIA: _____ SITUACIÓN:

NÚMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL: 041044549886 ACTIVO ☐ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

NÚMERO DEL DNI/NIE/PASAPORTE: X8379832N

NOMBRE Y APELLIDOS: MOHAMMED AMINE BRITEL

EMPRESA: LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.

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 N° DEL PARTE DE CONFIRMACIÓN 0 1

TIPO DE PROCESO Muy corto ☐ Medio ☐ DURACIÓN ESTIMADA Fecha de la siguiente revisión médica

Corto ☒ Largo ☐ días 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

Rosali Armas Villa
Almería, 20-02-2020

Firma, fecha y sello

N° Colegiado 0 4 2 1 0 4 9 0 9 7

N° de identificación del facultativo

Ejemplar para la EMPRESA