

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) ☐  
Períodos de observación por enfermedad profesional ☐

ENTIDAD EMISORA

SPS ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO ☒ PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido ALBORT		Segundo apellido FERNANDEZ		Nombre MARIA ROSARIO		DNI-NIE-pasaporte 034864547C	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0044643542	Nº de la Seg. Social 041006001581	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) MAYOR		Número	Bloque 1	Escalera	Piso 2
Localidad PECHINA (Pechina)		Provincia Almería		Código postal 04250	Teléfono móvil		Teléfono fijo 605383568
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9210	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP ..... Leve<sup>(1)</sup> ☐ Grave<sup>(1)</sup> ☐ Muy grave<sup>(1)</sup> ☐

<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO Muy corto ☒ Medio ☐ DURACIÓN ESTIMADA Fecha de la siguiente revisión médica  
Corto ☐ Largo ☐ 3 días 21/11/2019

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 19/11/2019

Recaída: Sí ☐ NO ☒


Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída .....

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta<sup>(2)</sup> 21/11/2019

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/  
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

**María del Mar Orellana Beltrán**

  
Firma, fecha y sello 19/11/19.

Nº de colegiado  
No especificado

Nº de identificación del facultativo  
21885523

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite  
realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad  
permanente ☐

Inicio de situación de  
maternidad ☐

Incomparecencia ☐