

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 FERNANDEZ | | Segundo apellido FORTES | | Nombre ISABEL MARIA | | DNI-NIE-Pasaporte 34850184 D | |
| Nº Tarjeta Sanitaria | Nº de la Seg. Social 040034945978 | Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle OLAS MERCEDES | | | Número 26 | Bloque | Escalera 2 |
| Localidad ALMERÍA | | Provincia ALMERÍA | | Código postal 04008 | Teléfono móvil 636661276 | | Teléfono fijo 636661276 |
| Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L. | | Puesto de trabajo | | | Código nacional de ocupación (CNO) | | |

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP

1 2 0 9 2 0 1 6

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 5 0 9 2 0 1 6

Recaída:

SI ☐

NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del
que es recaída

PARTE DE ALTA

☒ Fecha de Alta (2)

1 9 0 9 2 0 1 6

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

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Aranzazu Moreno de Castro
Almería, 19-09-2016

[Firma]

Firma, fecha y sello

Nº Colegiado

0 4 2 8 3 8 1 5 6 6

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