

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA 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



ASEPEYO

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 040034945978	Nº de la Seg. Social 040034945978	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle OLAS MERCEDES		Número 26	Bloque	Escalera 2	Piso Puerta
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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

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

Corto

Largo

días

Fecha de la siguiente revisión médica

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, cumpleiente también la fecha de la baja

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Aranzazu Moreno de Castro Almería, 19-09-2016	
Firma, fecha y sello	
Nº Colegiado	
0 4 2 8 3 8 1 5 6 6	
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