

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 <input checked="" type="checkbox"/>	INSS/ISM <input type="checkbox"/>	MUTUA <input type="checkbox"/>

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

Primer apellido PEREZ		Segundo apellido PEREZ		Nombre IGNACIA		DNI-NIE-pasaporte 027513236S	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0037856067	Nº de la Seg. Social 041019482258	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SICARDO			Número 29	Bloque	Escalera
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04008	Teléfono móvil		Teléfono fijo 639983023
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:			
Fecha de AT o EP		Leve ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>	Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 10 días
Fecha de la siguiente revisión médica			

P.9 PARTE DE BAJA ☐ Fecha de la baja 22/11/2019
Recaída: SI ☐ NO ☐
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Vera Zamora Gimenez
Firma, fecha y sello
Nº de colegiado No especificado
Nº de identificación del facultativo 15550312

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:
Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒
Fallecimiento ☐
Propuesta de incapacidad permanente ☐
Inicio de situación de maternidad ☐
Incomparecencia ☐

PARTE DE ALTA ☒ Fecha del alta⁽²⁾ 24/11/2019

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

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 PEREZ		Segundo apellido PEREZ		Nombre IGNACIA		DNI-NIE-pasaporte 027513236S	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0037856067	Nº de la Seg. Social 041019482258	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SICARDO		Número 29	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04008	Teléfono móvil		Teléfono fijo 639983023
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229	

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP Leve⁽¹⁾ ☐ Grave⁽¹⁾ ☐ Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽¹⁾ Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	10 días	29/11/2019

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 22/11/2019

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta⁽²⁾

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

Vera Zamora Gimenez

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
15550312

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incomparecencia ☐

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