

**P.9 Parte Médico de Baja/Alta de Incapacidad
Temporal por Contingencias Comunes**Ministerio de Sanidad,
Consumo y Bienestar SocialRégimen **RÉGIMEN GENERAL**

Situación

Activo ☐Desempleado ☐**Datos del Trabajador**Número Tarjeta Sanitaria: **041019482258**Domicilio: **CALLE SICARDO Nº 29**Número Afiliación a la Seguridad Social: **41019482258**Localidad: **ALMERIA (Almería)**Número Documento Nacional de Identidad: **0275132365**Provincia: **Almería**Apellidos, Nombre: **PEREZ PEREZ, IGNACIA**Código Postal: **4008** Teléfono: **950242840 639983023****Datos de la Empresa**Nombre: **LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.**

Entidad de Pago IT/CC:

Domicilio: **CALLE FRAY BERNARDO MTNEZ.NOVAZ-LOCAL:
00020 (S/N)**INSS: ☒ ISM: ☐ MUTUA: ☐ E.COLAB: ☐MUTUA: **No**Localidad: **Almería**

Actividad Empresa: (Código CNAE)

Provincia: **Almería** Código Postal: **4006**

Puesto de Trabajo:

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?: **17**PARTE DE BAJA: ☐Fecha de la BAJA: **14/04/2016**PARTE DE ALTA: ☒Fecha del ALTA(*): **17/05/2016**

Recaída:

SI ☐NO ☒Enfermedad Común ☒Accidente no Laboral ☐

Datos del Facultativo - Clave Médica:

(Firma, fecha y sello)

FRANCISCO**GIL****GARCIA****4032065G**C.N.P.: **31928**Nº de Colegiado: **No especificado**Causa del Alta: **Curación o mejoría**

(*) En los partes de alta cumplimentar también la fecha de la baja

☐ Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)**Contingencias Comunes**

16210737002102810