



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)
 Periodos 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 Medio Corto Largo
 DURACIÓN ESTIMADA: 10 días
 Fecha de la siguiente revisión médica:

P.9 PARTE DE BAJA Fecha de la baja 11/06/2019

Recaída: Sí NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída:

PARTE DE ALTA Fecha del alta⁽²⁾ 20/06/2019

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
 DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR
Vera Zamora Gimenez
 Finna, 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