



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	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	

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	
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 ☐