

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL (P.9)**

Tipo de Contingencia: { Enfermedad común (EC)  Accidente de trabajo (AT)

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 ROMAN		Segundo apellido MATEO	Nombre OLGA			DNI-NIE-pasaporte 075254907B	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0029624609	Nº de la Seg. Social 041010333037	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) ROSA LUXEMBURGO			Número 7	Bloque	Escalera
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería	Código postal 04009	Teléfono móvil 636922347		Teléfono fijo 636922347	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.			Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9210		

CUMPLIR CON MARCAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP .....

Leve<sup>(1)</sup>

Grave<sup>(1)</sup>

Muy grave<sup>(1)</sup>

(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo

20141104

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 03/05/2021

Recaída: SÍ  NO

Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída .....

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
<b>MARIA MILA COLLADO MUÑOZ</b>	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 7911459	

**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<sup>(2)</sup> 04/05/2021

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