

PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Tipo de contingencia:

Enfermedad Común (EC)
 Accidente de Trabajo (AT)

Accidente no Laboral (ANL)
 Enfermedad Profesional (EP)
 Periodo de observación por enfermedad profesional



DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido CERVANTES		Segundo apellido PERALES	Nombre LAURA		DNI-NIE-Pasaporte 75257207 B		
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 041013447949	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) Calle ALTA DE LA FUENTECICA		Número 60	Bloque	Escalera	Piso BJ
Localidad ALMERÍA		Provincia ALMERÍA	Código postal 04005	Teléfono móvil 603613435		Teléfono fijo 603613435	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.		Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 2 9		

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP Leve (1) Grave (1) Muy grave (1)

(1) Sólo en caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO

Muy corto
 Corto Medio
 Largo

DURACIÓN ESTIMADA

 días

Fecha de la siguiente revisión médica

PARTE DE BAJA

 Fecha de la baja Recaída: SI NO Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

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 de Alta (2)

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

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Firmado electrónicamente por Maria Piedad Garcia Lopez Almeria, En fecha 18/05/2021 a las 13:19:02 ASEPEYO MEJORA COLABORATIVA CON LA SALUD PÚBLICA AVDA. CABO DE GATA, 25 04007 ALMERIA, fecha y sellos 26/05/2021 Tlf. 950821911	
Nº Colegiado <input type="text" value="0 4 1 8 1 1 4 1 0 7"/>	
Nº de identificación del facultativo <input type="text"/>	