



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

Accidente no laboral (ANL)

Enfermedad profesional (EP)

Períodos de observación por enfermedad profesional

ENTIDAD EMISORA

SPS

INSS/ISM

MUTUA

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

**PERCEPTOR DE DESEMPLÉO CONTRIBUTIVO**

Primer apellido SANCHEZ	Segundo apellido NAVARRO	Nombre VERONICA	DNI-NIE-pasaporte 045739762F				
Nº Tarjeta Sanitaria AN0181749911	Nº de la Seg. Social 141017918673	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) LARGO CABALLERO	Número 119	Bloque	Escalera	Piso 3	Puerta 4
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería	Código postal 04008	Teléfono móvil		Teléfono fijo 620052469	
Nombre de la empresa --			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) 9210			

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha de AT o EP .....

Leve<sup>(1)</sup>

Grave<sup>(1)</sup>

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

<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo

20141104

TIPO DE PROCESO

Muy corto

Medio

Corto

Largo

DURACIÓN ESTIMADA

21 días

Fecha de la siguiente revisión médica

14/04/2017

P.9 PARTE DE BAJA

Fecha de la baja 07/04/2017

Recaída: Sí  NO

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

PARTE DE ALTA

Fecha del alta<sup>(2)</sup>

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
Cecilia Mari Pérez-Díaz	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 21294631	

**CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:**

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad permanente

Inicio de situación de maternidad

Incomparecencia