

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 <input checked="" type="checkbox"/>		PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO <input type="checkbox"/>			
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	
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04008	Teléfono móvil	Piso 3	Puerta 4	
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⁽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"/> Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 21 días	Fecha de la siguiente revisión médica 14/04/2017
--	------------------------------	---

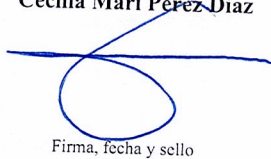
P.9 **PARTE DE BAJA** ☒ Fecha de la baja 07/04/2017

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
 del que es recaída

P.9 **PARTE DE ALTA** ☐ Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR Cecilia Mari Perez Diaz  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 ☐