



P.9 Parte Médico de **Baja/Alta** de Incapacidad
Temporal por **Contingencias Comunes**

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUDRégimen **RÉGIMEN GENERAL**

Situación

Activo ☐Desempleado ☐

Datos del Trabajador

Número Tarjeta Sanitaria: **041019482258**Domicilio: **CALLE SICARDO N° 29**Número Afiliación a la Seguridad Social: **41019482258**Localidad: **ALMERIA (Almería)**Número Documento Nacional de Identidad: **027513236S**Provincia: **Almería**Apellidos, Nombre: **PEREZ PEREZ, IGNACIA**Código Postal: **04008** Teléfono: **950242840 639983023**

Datos de la Empresa

Nombre: **LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.**

Entidad de Pago IT/CC :

Domicilio: **CALLE FRAY BERNARDO MTNEZ.NOVAST-LOCAL:
00020 (S/N)**INSS: ☒ ISM: ☐ MUTUA: ☐ E.COLAB: ☐MUTUA: **No**Localidad: **Almería**

Actividad Empresa: (Código CNAE)

Provincia: **Almería**Código Postal: **04006**

Puesto de Trabajo:

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?: **17**PARTE DE BAJA: ☒Fecha de la BAJA: **14/04/2016**PARTE DE ALTA: ☐

Fecha del ALTA(*):

Datos del Facultativo - Clave Médica:

(Firma, fecha y sello)

**angelina
olea
gonzalez
4032065G**C.N.P.: **16933671**N° de Colegiado: **No especificado**

Recaída:

SI ☐NO ☒Enfermedad Común ☒Accidente no Laboral ☐

Causa del Alta:

(*) En los partes de alta cumplimentar también la fecha de la baja

☐ Ejemplar para la EMPRESA (para remitir al INSS, ISM o MUTUA)

Contingencias Comunes

31615449750210289