



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

Régimen **RÉGIMEN GENERAL**

Situación

Activo

Desempleado

Datos del Trabajador

Número Tarjeta Sanitaria: **041019482258**

Domicilio: **CALLE SICARDO Nº 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:

Localidad: **Almería**

MUTUA: **No**

Provincia: **Almería**

Actividad Empresa: (Código CNAE)

Código Postal: **04006**

Puesto de Trabajo:

¿DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA?:

17

PARTE DE BAJA:

Fecha de la BAJA: **14/04/2016**

Datos del Facultativo - Clave Médica:

(Firma, fecha y sello)

angelina

olea

gonzalez

4032065G

C.N.P.: **16933671**

Nº de Colegiado....: **No especificado**

PARTE DE ALTA:

Fecha del ALTA(*):

Recaída:
SI
NO

Enfermedad Común
Accidente no Laboral

Causa del Alta:

Contingencias Comunes

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

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

31615449750210289