

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 ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO 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) 9229	

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 checked="" type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input type="checkbox"/>	4 días	17/02/2017

P.9 PARTE DE BAJA ☒

Fecha de la baja 15/02/2017

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒

Fecha del alta⁽²⁾ 17/02/2017

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
GLORIA FERNANDEZ DEL OLMO	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 7912570	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual ☒

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de maternidad ☐

Incapacidad ☐