



**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 DESEMPLAZO CONTRIBUTIVO

Primer apellido <b>SANCHEZ</b>	Segundo apellido <b>NAVARRO</b>	Nombre <b>VERONICA</b>			DNI-NIE-pasaporte <b>045739762F</b>	
Nº Tarjeta Sanitaria <b>AN0181749911</b>	Nº de la Seg. Social <b>141017918673</b>	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) <b>LARGO CABALLERO</b>		Número <b>119</b>	Bloque	Escalera
Localidad <b>ALMERIA (Almería)</b>		Provincia <b>Almería</b>	Código postal <b>04008</b>	Teléfono móvil <b>620052469</b>		Teléfono fijo
Nombre de la empresa <b>--</b>			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) <b>9229</b>		

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

TIPO DE PROCESO

Muy corto  Medio

Corto  Largo

DURACIÓN ESTIMADA

4 días

Fecha de la siguiente revisión médica

**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 .....

PARTDE ALTA

Fecha del alta<sup>(2)</sup> **17/02/2017**

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	
<b>GLORIA FERNANDEZ DEL OLMO</b>	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo <b>7912570</b>	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

- Curación/Mejoría que permite realizar trabajo habitual
- Fallecimiento
- Propuesta de incapacidad permanente
- Inicio de situación de maternidad
- Incomparcencia