



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 FERNANDEZ		Segundo apellido FORTES		Nombre ISABEL MARIA			DNI-NIE-pasaporte 034850184D		
Nº Tarjeta Sanitaria AN0015860713	Nº de la Seg. Social 040034945978	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) SANTA FILOMENA			Número 7	Bloque	Escalera	Piso 1º	Puerta 3
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04009	Teléfono móvil		Teléfono fijo 636661276	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.				Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 9229			

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 <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input checked="" type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	14 días	06/08/2019

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 30/07/2019

Recaída: Sí ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída .....

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta<sup>(2)</sup>

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	
ANA ESTER PEREZ MORENO	
Ana Ester Pérez Moreno CNP: 0810240028/50	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 24002850	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

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