

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 ☒ INSS/ISM ☐ MUTUA ☐

DATOS DEL TRABAJADOR

SITUACIÓN:

ACTIVO ☒

PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

Primer apellido EXPOSITO		Segundo apellido LARA		Nombre ALICIA		DNI/INE-pasaporte 075729771V	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0983932029	Nº de la Seg. Social 041032317782	Domicilio habitual: (Calle, y/cruz...) SAGRADA FAMILIA			Número 7	Bloque	Escalera
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04006	Teléfono móvil	Teléfono fijo 634898934
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 ☐

Grave ☐

Muy grave ☐

(*) Sólo en el caso de accidente de trabajo

TIPO DE PROCESO	Muy corto ☐	Medio ☐	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto ☒	Largo ☐	10 días	31/12/2021

PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja **24/12/2021**

Recidida: Sí ☐ NO ☒

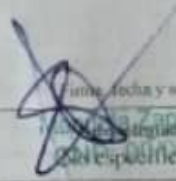
Fecha de baja del proceso inicial del que es recidida

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta ☐

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

**DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR**

MANUELA ZAPATA MARTINEZ


Firma, fecha y sello
Firma: **Manuela Zapata Martinez**
Código: **0000000399/11**
Nº de identificación del facultativo
39911

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite realizar sus labores habituales ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad permanente ☐

Inicio de situación de discapacidad ☐

Incapacidad ☐

ALICIA EXPOSITO LARA @ GMAIL.COM