

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 MARTINEZ		Segundo apellido LORENZO		Nombre DOLORES JOSEFA			DNI-NIE-pasaporte 027503691S	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0009940780	Nº de la Seg. Social 040026631260	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) CAÑAVERAL			Número 8	Bloque	Escalera	Piso 3
Localidad ALMERIA (Almería)			Provincia Almería		Código postal 04009	Teléfono móvil 950141557		Teléfono fijo 661490959
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⁽¹⁾ ☐ Grave⁽¹⁾ ☐ Muy grave⁽¹⁾ ☐

⁽¹⁾ 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"/>	10 días	27/07/2021

P.9 PARTE DE BAJA ☒ Fecha de la baja 20/07/2021

Recaída: SÍ ☐ NO ☒

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

PARTE DE ALTA ☐ Fecha del alta⁽²⁾

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

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/
DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR

MARIA DEL MAR ZABALLOS ACOSTA

Firma, fecha y sello

Nº de colegiado
No especificado

Nº de identificación del facultativo
16947112

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

Curación/Mejoría que permite
realizar trabajo habitual ☐

Fallecimiento ☐

Propuesta de incapacidad
permanente ☐

Inicio de situación de
maternidad ☐

Incomparecencia ☐