

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 FERNANDEZ		Segundo apellido MARQUEZ	Nombre TRINIDAD		DNI-NIE-pasaporte 034849318V		
Nº Tarjeta Sanitaria AN0016360867	Nº de la Seg. Social 040035570721	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NUEVA ALMERIA		Número 23	Bloque	Escalera	Piso Puerta
Localidad ALMERIA (Almería)		Provincia Almería	Código postal 04007	Teléfono móvil 630418200		Teléfono fijo 655936481	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA S.L.		Puesto de trabajo		Código nacional de ocupación (CNO) 5710			

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

20141104

TIPO DE PROCESO	Muy corto <input type="checkbox"/>	Medio <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA	Fecha de la siguiente revisión médica
	Corto <input type="checkbox"/>	Largo <input checked="" type="checkbox"/>	150 días

P.9 **PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja 17/01/2019

Recaída: Sí NO

Fecha de baja del proceso inicial
del que es recaída

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR	
M GUADALUP CRUZ GRANADOS	
<i>M^a Guadalupe Cruz Granados</i> <i>CNP: 00000744/65</i>	
Firma, fecha y sello <i>.....</i>	
<i>Nº de colegiado</i> <i>No especificado</i>	
<i>Nº de identificación del facultativo</i> <i>74465</i>	

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

8-02
303820479022901