

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 ANDUJAR		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre MARIA DEL MAR		DNI-NIE-pasaporte 045589387Y	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0023344261	Nº de la Seg. Social 041002932139	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) CRA. HOSPITAL PSIQUIATRICO			Número 21	Bloque	Escalera
Localidad CAÑADA DE SAN URBANO (LA) (Almería)		Provincia Almería		Código postal 04120	Teléfono móvil		Teléfono fijo 657492934
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⁾ <input type="checkbox"/>	Grave ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/>
(1) Sólo en el caso de accidente de trabajo			
TIPO DE PROCESO	Muy corto <input checked="" type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Corto <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/>	DURACIÓN ESTIMADA 4 días	Fecha de la siguiente revisión médica 06/01/2022

20141104

P.9

8-021

PARTE DE BAJA ☒ **Fecha de la baja** 03/01/2022
Recaída: Sí ☐ NO ☒
Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA ☒ **Fecha del alta⁽²⁾** 06/01/2022

DATOS DEL FACULTATIVO-CIAS/ DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR PAULA ALCAZAR CARRILLO  Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 5627616	

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

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

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