

**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)

Periodos de observación por enfermedad profesional

**ENTIDAD EMISORA**

SPS

INSS/ISM

MUTUA

**DATOS DEL TRABAJADOR**

**SITUACIÓN:**

ACTIVO

**PERCEPTOR DE DESEMPEÑO CONTRIBUTIVO**

Primer apellido RAMIREZ	Segundo apellido PRIEGO	Nombre ROSA MARIA			DNI-NIE-pasaporte 026976519A	
Nº Tarjeta Sanitaria AN0214488926	Nº de la Seg. Social 141028947068	Domicilio habitual: (Calle, plaza ...) NACIONAL 340		Número 210	Bloque	Escalera
Localidad HUERCAL DE ALMERIA (Huércal de Almería)		Provincia Almería	Código postal 04230	Teléfono móvil 957372124	Piso Teléfono fijo 627827587	
Nombre de la empresa EMPRESA NO ESPECIFICADA			Puesto de trabajo	Código nacional de ocupación (CNO) 9229		

**COMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:**

Fecha de AT o EP

Leve<sup>(1)</sup>

Grave<sup>(1)</sup>

Muy grave<sup>(1)</sup>

20141104

<sup>(1)</sup> Sólo en el caso de accidente de trabajo

**TIPO DE PROCESO**

Muy corto

Medio

Corto

Largo

**DURACIÓN ESTIMADA**

1 días

**Fecha de la siguiente revisión médica**

20/08/2021

**P.8 PARTE DE BAJA**

Fecha de la baja 20/08/2021

Recaída: Sí  NO

8-021

Fecha de baja del proceso inicial  
del que es recaída

**PARTE DE ALTA**

Fecha del alta<sup>(2)</sup> 20/08/2021

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	
AMALIA VERGARA MARTIN	
Firma, fecha y sello	
Nº de colegiado No especificado	
Nº de identificación del facultativo 7910146	

**CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:**

Curación/Mejoría que permite  
realizar trabajo habitual

Fallecimiento

Propuesta de incapacidad  
permanente

Inicio de situación de  
maternidad

Incomparecencia

453989581602203

Ejemplar para la EMPRESA