

**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 DESEMPLEO CONTRIBUTIVO ☐

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

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

Fecha de AT o EP ..... Leve<sup>(1)</sup> ☐ Grave<sup>(1)</sup> ☐ Muy grave<sup>(1)</sup> ☐

<sup>(1)</sup> 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 <b>1 días</b>	Fecha de la siguiente revisión médica <b>20/08/2021</b>
-----------------	---	------------------------------------	--

**P.9 PARTE DE BAJA** ☒ Fecha de la baja **20/08/2021**  
Recaída: Sí ☐ NO ☒

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 ☐