

**PARTE MÉDICO DE BAJA/ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL**



Tipo de contingencia: { Enfermedad Común (EC)  Accidente no Laboral (ANL)   
 { Accidente de Trabajo (AT)  Enfermedad Profesional (EP)   
 Período de observación por enfermedad profesional

DATOS DEL TRABAJADOR SITUACIÓN: ACTIVO  PERCEPTOR DE DESEMPLEO CONTRIBUTIVO

Primer apellido JIMENEZ		Segundo apellido GONZALEZ		Nombre MARIA VICTORIA		DNI-NIE-Pasaporte 75258988 K			
Nº Tarjeta Sanitaria	Nº de la Seg. Social 041011504414	Domicilio habitual (Calle, plaza ...) Calle LARGO CABALLERO			Número 68	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Localidad ALMERÍA			Provincia ALMERÍA		Código postal 04008	Teléfono móvil 650813981		Teléfono fijo 950274496	
Nombre de la empresa LIMPIEZAS INDALICAS DE ALMERIA, S.L.			Puesto de trabajo Otro personal de limpieza			Código nacional de ocupación (CNO) 9 2 2 9			

CUMPLIMENTAR SÓLO EN CASO DE CONTINGENCIA PROFESIONAL:

Fecha del AT o EP 2 7 0 5 2 0 2 2 Leve (1)  Grave (1)  Muy grave (1)

(1) Sólo en 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"/>	días	1 4 0 9 2 0 2 2

PARTE DE BAJA  Fecha de la baja 0 9 0 9 2 0 2 2

Recaída: SI  NO

Fecha de baja del proceso inicial del que es recaída

PARTE DE ALTA  Fecha de Alta (2)

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

<p>DATOS DEL FACULTATIVO CIAS / DATOS DEL MÉDICO INSPECTOR</p> <p>Firmado electrónicamente por Isabel Elena Rubio Navarro Almería, En fecha 08/09/2022 a las 13:26:51</p> <p>Firma, fecha y sello</p> <p>Nº Colegiado 0 4 0 4 0 4 7 9 8 5</p> <p>Nº de identificación del facultativo</p>
---

CAUSAS DEL ALTA MÉDICA:

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

Ejemplar para la EMPRESA