



Ministerio de Trabajo  
INSTITUTO NACIONAL DE PREVISION

**PARTE DE ALTA  
EN EL TRABAJO**

N.º de afiliación			
M/	B/	1.358	
Excluido de (1)			
F	E	V	D

<b>ALTA DEL TRABAJADOR</b>	
Apellido 1.º DOMINGUEZ	Apellido 2.º PENSADO
Nombre de la empresa Jubilado por la Mutualidad de Bajura	
Médico General que posee asignado, Dr. D. Salustiano Gonzalez Lojo.	
Grupo de cotización	Fecha del alta / /

Firma o sello de la empresa,

**DAOS PARA MUTUALIDADES LABORALES**

Nombre del padre Jose	Nombre de la madre Josefa
Fecha de nacimiento 5/ 11-1.901.-	Mutualidad

**ALTA DEL TRABAJADOR**

N.º de afiliación
M/B/ 1.358.-

Apellidos y nombre Dominguez Pensado Ramon.-
Domicilio (calle, n.º y localidad) Medendez Núñez, 11.- Puerto del Son.-

Grupo cotiz	Fecha del alta / /	Número patronal	
-------------	-----------------------	-----------------	--

Recibí el alta (fecha y sello del I. N. P.)
---

B	
C	

Véanse las instrucciones al dorso

## INSTRUCCIONES

- Este impreso se extenderá y presentará por duplicado.
- Cúbrase a máquina o con letras mayúsculas tipo imprenta si se extiende a mano, dejando en blanco los espacios señalados en rojo.
- Cuando el trabajador carezca de número de afiliación, por no haber sido afiliado a la Seguridad Social, se dejará en blanco el recuadro de «N.º de Afiliación», acompañando los correspondientes modelos A 1.
- Táchese con una X el recuadro de la llamada (1), correspondiente al Seguro de que esté excluido el trabajador.
- Si el domicilio fuera distinto del declarado con anterioridad, ha de acompañarse el parte de cambio del mismo (Modelo A 4), suscrito por el trabajador
- Cuando el domicilio del trabajador sea distinto al del centro de trabajo, consígnese también la provincia.

**ALTA DEL TRABAJADOR**

N.º DE AFILIACION

/

Apellido 1.º  
**PIÑEIRO**

Apellido 2.º  
**FERNANDEZ**

Nombre  
**MANUEL**

Domicilio - calle - número - localidad - provincia

**Cinco coiles, - PUERTO DEL SON**

Nombre de la Empresa

**PORVENIR NUM.**

*[Handwritten signature]*

N.º de Inscripción

/

RECIBI:  
Fecha y sello I. S. M.



Grupo de cotización

**III**

Tarifa

**9**

Fecha de alta

**06**

/

**05**

/

**80**

**Rou1 y Generosa  
220361**

**Dr. GONZALEZ LOJO**

AM-2

## INSTRUCCIONES

- Este impreso se extenderá y presentará por duplicado.
- Cúbrase a máquina o con letras mayúsculas tipo imprenta si se extiende a mano.
- Cuando el trabajador carezca de número de afiliación, por no haber sido afiliado a la Seguridad Social, se dejará en blanco el recuadro de «N.º de Afiliación», acompañando los correspondientes modelos A-1.