

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO / LACTANCIA NATURAL

MUY IMPORTANTE: EL CERTIFICADO MÉDICO QUE SOLICITA JUSTIFICARÁ EN SU CASO LA NECESIDAD DEL CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO O DE LAS FUNCIONES QUE REALIZA. SÓLO SI DICHO CAMBIO NO SE PRODUCE POR LOS MOTIVOS PREVISTOS LEGALMENTE, PODRÁ ACCEDER CON POSTERIORIDAD A LA PRESTACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL.

1- DATOS PERSONALES

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI - NIE - TIE		
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Dirección correo electrónico	Número Afiliación Seg. Social	
Domicilio (Calle o plaza)			Núm.	Bloq.	Esc.
			Piso	Pta.	
Código Postal	Localidad		Provincia		

Indicar Régimen de Alta a la Seguridad Social (resto de casillas según proceda):

<input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajadora del SETA	<input type="checkbox"/> TRADE	<input type="checkbox"/> Autónoma que presta sus servicios sociedad cooperativa, laboral o mercantil.	<input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores
<input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta ajena <i>(indicar tipo contrato)</i>	<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Fijo discontinuo Fecha fin capaña: _____	<input type="checkbox"/> Eventual / Duración determinada Fecha fin contrato: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo parcial
<input type="checkbox"/> Trabajadora otros regímenes	Indicar Régimen de alta en la Seguridad Social:			

Datos de la Situación Protegida:

<input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo Semana de gestación <i>(a fecha de la solicitud)</i> : Fecha prevista de parto: Embarazo múltiple: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural Fecha de parto: Fecha de finalización permiso maternidad: Opción para el otro progenitor de disfrute de maternidad: <input type="checkbox"/> SI <i>(adjuntar resolución de maternidad)</i> <input type="checkbox"/> NO
---	--

Procesos de Incapacidad Temporal de los últimos seis meses:

Fecha de la baja médica	Fecha del alta médica	Existía relación entre su baja médica y su situación de embarazo o lactancia:	
1ª) _____	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2ª) _____	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3ª) _____	_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

(Si ha contestado que si en alguno de los procesos, rogamos aporte documentación médica junto a esta solicitud)

Ver reverso

2- DATOS DE LA EMPRESA

Razón social	Núm. C.C.C	Actividad empresa	Teléfono
Domicilio	Código Postal	Localidad	

3- DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA

a-) Describa con detalle las funciones que realiza.

b-) Indique cómo se ha adaptado su puesto de trabajo o funciones que realiza a su nuevo estado.

c-) ¿Por qué no ha considerado suficientes o correctas esas adaptaciones?

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- Declaración de la empresa sobre tareas y condiciones de puesto de trabajo, categoría y riesgos. (PRDO107)
- Informe de riesgos emitido por la empresa, complementario a la evaluación de riesgos del servicio de prevención o, en su caso, sustituto de éste cuando la empresa carezca de servicio de prevención. (PRDO108)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo si lo tuviere.
- Informe médico a cumplimentar del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural. (PRDO109)
- DNI-NIE-Pasaporte

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo,

y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición por Riesgo durante el Embarazo / Lactancia natural, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma de la interesada

En _____, a ____ de _____ de 20 ____