

SOLICITUD CERTIFICACION MEDICA SOBRE RIESGO EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL



mutua gallega

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

1. DATOS DE LA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO __/__/__	TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO		Nº SEGURIDAD SOCIAL ____/____/____
DOMICILIO (calle/plaza/...)			C.P.	LOCALIDAD	PROVINCIA

2. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NÚMERO CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN (CCC) ____/____/____
-----------------------	---

Solicito el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con mi estado por:

- Riesgo durante el embarazo, y que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la del feto
- Riesgo durante la lactancia natural, y que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la de mi hijo.

Describa como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado

3. PROCESOS DE IT EN LOS SEIS MESES ANTERIORES: SI NO

Baja __/__/__ __/__/__	Alta __/__/__ __/__/__	Relacionada con el embarazo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
------------------------------	------------------------------	---

En _____ a ____ de _____ de 20 ____

Firma de la solicitante

CON ESTA SOLICITUD SE DEBE PRESENTAR

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural. (? 5BZ ' Z (informe médico S.P.S.)
- 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 de riesgos emitido por la empresa (? 5BZ ' Z \$ DESCRIPCION RIESGOS) (Este modelo es 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.)