



mutua gallega

DON/DOÑA	DNI/NIE/TIE	CARGO EN LA EMPRESA
NOMBRE EMPRESA	DOMICILIO	C.C.C.

DECLARA: Tras haber tenido conocimiento de la situación de embarazo lactancia natural de D^a _____, con NIF/NIE _____ trabajadora de esta empresa

1.- Que habiendo intentado la adopción de las medidas necesaria para evitar la exposición de dicha trabajadora al riesgo, conforme a lo dispuesto en el art. 26 de la ley de Prevención de Riesgos laborales, según redacción dada por la Ley 3/2007 de 22 de marzo, estas no han sido posibles o son insuficientes por los siguientes motivos:

2.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que si no figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta a los representantes de los trabajadores (art. 26 de la LPRL)

3.- En consecuencia y dado que no resulta técnica y objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha

_____, a ____ de _____ de _____

VºBº representante del Servicio de Prevención,

Fdo.:

DNI:

Firma y sello de la empresa,

Los datos de carácter personal incluidos en el presente formulario serán incorporados a los ficheros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABAJO y serán tratados, junto con los que la entidad ya posee, para la tramitación y gestión de las prestaciones solicitadas. Para ello podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social y otras administraciones públicas con competencia en la materia. Los interesados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiendo solicitud firmada por escrito junto con una copia de su D.N.I. a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña).