



mutua gallega

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE DESCRIPCIÓN Y EXPOSICIÓN A RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA

1. DATOS DE LA SOLICITANTE

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	DNI/NIF/NIE

2. DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	Nº CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN (CCC)
	/ /

3. PUESTO DE TRABAJO DE LA SOLICITANTE

PUESTO DE TRABAJO	PROFESIÓN	CATEGORÍA
HORARIO	DÍAS DE LA SEMANA TRABAJADOS	TURNOS
De ___:___ a ___:___ y de ___:___ a ___:___		

4. RIESGOS LABORALES

RIESGOS POR AGENTES FÍSICOS

a. RADIACIONES

Radiaciones ionizantes SI NO

Dosis efectiva _____ msv/año (en caso de haber marcado SI en la opción anterior)

Radiaciones no ionizantes SI NO

b. VIBRACIONES

Exposición diaria de cuerpo entero: _____ m/s².

c. TEMPERATURAS EXTREMAS (FRIO O CALOR)

Trabajos sedentarios _____ °C. Tiempo de exposición _____ horas/día

Trabajos no sedentarios _____ °C. Tiempo de exposición _____ horas/día

d. RUIDO

Intensidad _____ dBA

Tiempo de exposición _____ horas/día

Nivel pico máximo de exposición _____ dBC

e. ATMOSFERAS DE SOBREPRESIÓN ELEVADA E INGRAVIDEZ

SI NO

Los datos personales incluidos en esta solicitud y en la documentación anexa, así como los facilitados posteriormente por la interesada, por su empresa, o por las administraciones públicas competentes, incluidos los relativos a la salud, 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. De igual modo, los datos serán comunicados a los organismos de la Seguridad Social y otros organismos públicos en cumplimiento de la normativa vigente. El interesado podrá ejercitar sus 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, Vilaboá, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Si nos proporciona datos de terceros, deberá informar a los mismos de los extremos establecidos en los párrafos anteriores, recabando, en su caso, el consentimiento necesario.



mutua gallega

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE DESCRIPCIÓN Y EXPOSICIÓN A RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA

RIESGOS POR AGENTES QUÍMICOS

Enumerar sustancias tóxicas:

Tipo de exposición: Inhalatoria Dérmica Digestiva

RIESGOS POR AGENTES BIOLÓGICOS

Enumerar agentes biológicos:

Grupo 1: Grupo 2: Grupo 3: Grupo 4:

RIESGOS POR CONDICIONES DE TRABAJO

a. TRABAJOS EN MINAS SUBTERRÁNEAS: SI NO

b. CARGA FÍSICA Y RIESGO POSTURAL

Manejo repetitivo de pesos, arrastre y empuje

Cargas _____ Kg Veces/día _____

Subir / bajar escaleras repetitivo

Veces/turno _____

Subir escaleras de mano

Flexionar tronco y trabajo en cuclillas

Porcentaje _____ % de la jornada

Bipedestación mantenida

Horas/jornada _____

Bipedestación intermitente

Minutos/hora _____

RIESGOS POR TURNO Y NOCTURNIDAD

Los datos personales incluidos en esta solicitud y en la documentación anexa, así como los facilitados posteriormente por la interesada, por su empresa, o por las administraciones públicas competentes, incluidos los relativos a la salud, 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. De igual modo, los datos serán comunicados a los organismos de la Seguridad Social y otros organismos públicos en cumplimiento de la normativa vigente. El interesado podrá ejercitar sus 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). Si nos proporciona datos de terceros, deberá informar a los mismos de los extremos establecidos en los párrafos anteriores, recabando, en su caso, el consentimiento necesario.



mutua gallega

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE DESCRIPCIÓN Y EXPOSICIÓN A RIESGOS DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA

RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO EN LA EMPRESA Y NÚMERO DE TRABAJADORES EN CADA UNO

PUESTO DE TRABAJO	Nº TRABAJADORES
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OTROS RIESGOS NO ESPECIFICADOS EN APARTADOS ANTERIORES

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma y sello de la empresa

Los datos personales incluidos en esta solicitud y en la documentación anexa, así como los facilitados posteriormente por la interesada, por su empresa, o por las administraciones públicas competentes, incluidos los relativos a la salud, 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. De igual modo, los datos serán comunicados a los organismos de la Seguridad Social y otros organismos públicos en cumplimiento de la normativa vigente. El interesado podrá ejercitar sus 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). Si nos proporciona datos de terceros, deberá informar a los mismos de los extremos establecidos en los párrafos anteriores, recabando, en su caso, el consentimiento necesario.

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 201

