



mutua gallega

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE DESCRIPCIÓN E EXPOSICIÓN A RISCOS DURANTE O EMBARAZO OU LACTACIÓN

1. DATOS DA SOLICITANTE

PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NOME	DNI/NIF/NIE

2. DATOS DA EMPRESA

NOME OU RAZÓN SOCIAL	Nº CÓDIGO CONTA COTIZACIÓN (CCC)
	/ /

3. POSTO DE TRABALLO DA SOLICITANTE

POSTO DE TRABALLO	PROFESIÓN	CATEGORÍA
HORARIO	DÍAS DA SEMANA TRABALLADOS	QUENDAS
De ___:___ a ___:___ e de ___:___ a ___:___		

4. RISCOS LABORAIS

RISCOS POR AXENTES FÍSICOS

a. RADIACIÓNS

Radiacións ionizantes SI NON

Dose efectiva _____ msv/ano (en caso de marcar SI na opción anterior)

Radiacións non ionizantes SI NON

b. VIBRACIÓNS

Exposición diaria de corpo enteiro: _____ m/s².

c. TEMPERATURAS EXTREMAS (FRIO OU CALOR)

Traballos sedentarios _____ °C. Tempo de exposición _____ horas/día

Traballos non sedentarios _____ °C. Tempo de exposición _____ horas/día

d. RUÍDO

Intensidade _____ dBA

Tempo de exposición _____ horas/día

Nivel pico máximo de exposición _____ dBC

e. ATMOSFERAS DE SOBREPRESIÓN ELEVADA E INGRAVIDEZ

SI NON

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola interesada, pola súa empresa, ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABALLO E serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI a Monte Alfeirán s/n, A Conveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informalos dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar, se é o caso, o consentimento necesario.



mutua gallega

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE DESCRIPCIÓN E EXPOSICIÓN A RISCOS DURANTE O EMBARAZO OU LACTACIÓN

RISCOS POR AXENTES QUÍMICOS

Enumerar substancias tóxicas:

Tipo de exposición: Inhalatoria Dérmica Dixestiva

RISCOS POR AXENTES BIOLÓXICOS

Enumerar axentels biolóxicos:

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

RISCOS POR CONDICIÓN DE TRABALLO

a. TRABALLOS EN MINAS SUBTERRÁNEAS: SI NON

b. CARGA FÍSICA E RISCO POSTURAL

Manexo repetitivo de pesos, arrastre e empurre

Cargas _____ Kg Veces/día _____

Subir / baixar escaleiras repetitivo

Veces/quenda _____

Subir escadas

Flexionar tronco e traballo en crequenas

Porcentaxe _____ % da xornada

Bipedestación mantida

Horas/xornada _____

Bipedestación intermitente

Minutos/hora _____

RISCOS POR QUENDA E NOCTURNIDADE

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola interesada, pola súa empresa, ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABALLO E serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI a Monte Alfeirán s/n, A Conveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informarnos dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar, se é o caso, o consentimento necesario.



mutua gallega

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE DESCRIPCIÓN E EXPOSICIÓN A RISCOS DURANTE O EMBARAZO OU LACTACIÓN

RELACIÓN DE POSTOS DE TRABALLO NA EMPRESA E NÚMERO DE TRABALLADORES EN CADA UN

POSTO DE TRABALLO	Nº TRABALLADORES
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

OUTROS RISCOS NON ESPECIFICADOS EN APARTADOS ANTERIORES

_____ de _____ de _____

Sinatura e selo da empresa

Os datos persoais incluídos nesta solicitude e na documentación anexa, así como os facilitados posteriormente pola interesada, pola súa empresa, ou polas administracións públicas competentes, incluídos os relativos á saúde, serán incorporados aos ficheiros de MUTUA GALLEGA DE ACCIDENTES DE TRABALLO E serán tratados, xunto cos que a entidade xa posúe, para a tramitación e/xestión das prestacións solicitadas. Do mesmo xeito, os datos serán comunicados aos organismos da Seguridade Social e outros organismos públicos en cumprimento da normativa vixente. O interesado poderá exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, dirixindo unha solicitude asinada por escrito xunto cunha copia do seu DNI a Monte Alfeirán s/n, A Corveira, Vilaboa, 15.174 – Culleredo (A Coruña). Se nos proporciona datos de terceiros, deberá informalos dos extremos establecidos nos parágrafos anteriores, e solicitar, se é o caso, o consentimento necesario.

Mutua Colaboradora coa Seguridade Social nº 201

