

Solicitud de reconocimiento de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural

IMPORTANTE: El certificado médico que solicita justificará, en su caso, la necesidad 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 la lactancia natural.

1. Datos personales:

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		Nº Seguridad Social
Domicilio		Localidad		Provincia	C.P.

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

Si ha existido adaptación del puesto de trabajo, describa cómo se ha producido:

3. Procesos de IT en los seis meses anteriores: Sí No

Baja	Alta	Relacionada con embarazo	
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

En, a de de 20.....

Firma solicitante

Con esta solicitud deberá presentar:

- DNI o documento equivalente.
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parte o, en su caso, certificando la lactancia natural.
- 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.
- Declaración empresarial sobre descripción y exposición a riesgos durante el embarazo o la lactancia natural.

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre Protección de Datos de Carácter Personal, Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento. Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº72, C/ Berna, 1, 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos lpd@solimat.com o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.