

Solicitud certificación médica sobre riesgo embarazo o lactancia natural

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 natural.

1. Datos personales

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

2. Datos de la empresa

Nombre o Razón Social	Número Código Cuenta Cotización (CCC)
-----------------------	---------------------------------------

3. Datos de la situación protegida

Se solicita el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la solicitante por:	
Riesgo durante el embarazo Semana de gestación a esta fecha:	Riesgo durante la lactancia natural Fecha del parto:
Fecha prevista de parto:	Fecha de finalización del permiso de maternidad:
¿Es embarazo gemelar? SI NO	¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad? SI NO (Si se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al progenitor)
Describa como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado	

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

Baja	Alta	Relacionada con embarazo	
.....	Sí	No
.....	Sí	No

En, a de de 20.....

Firma solicitante

Con esta solicitud debe presentar la siguiente documentación

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo o lactancia natural (modelo CP-REL-F6 Informe médico)
- Informe de riesgos emitido por la empresa (Modelo CP-REL-F2 Declaración empresarial sobre descripción y exposición a riesgos durante el embarazo o lactancia natural)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre riesgos del puesto de trabajo si lo tuviere.
-
-

D^aha presentado en esta Mutua solicitud de certificación médica de riesgo durante el embarazo-lactancia , juntando a su solicitud la siguiente documentación:

- DNI-NIE-Pasaporte.
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo o lactancia natural.
- Informe de riesgos emitido por la empresa.
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre riesgos del puesto de trabajo si lo tuviere.
-
-

Solicitud completa SI NO

En....., a..... de..... de 20....

Por la Mutua,