

## 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.

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

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 de mi hijo.

-----

-----

-----

-----

-----

-----	-----	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
-------	-------	---	---

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

Firma solicitante

- 
- 
- 
- 

Espacio reservado para cláusula LOPD de cada mutua



D<sup>a</sup> .....ha presentado en esta Mutua solicitud de certificación médica de riesgo durante el embarazo-lactancia natural, adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- Informe médico embarazo/lactancia Servicio Público Salud
- Evaluación riesgos del puesto de trabajo
- Modelo Corporación descripción puesto de trabajo
- Modelo corporación datos salariales
- Modelo corporación declaración empresarial
- Modelo corporación situación actividad
- Informe médico complementario
- .....
- .....

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

Por la Mutua,