
SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO¹

Datos Personales

D.N.I. / N.I.E..... N° Afiliación S.S.....
Apellidos y Nombre Solicitante.....
Domicilio
Localidad C. Postal Teléfono

Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social.....
Dirección (Ubicación de la trabajadora)
Localidad C. Postal Teléfono.....
 Servicio Prevención Propio
 Servicio Prevención Ajeno:

Fecha prevista de parto:

...../...../.....

Se encuentra en situación de Incapacidad Temporal: Si / No

_ Desde el día:/...../.....
_ Diagnóstico:.....

Documentación que se aporta:

- DNI – NIE - TIE
- Informe de Ginecología del Servicio Público de Salud.
- Evaluación de Riesgos del Puesto de Trabajo y cuanta información que acredite los riesgos del puesto
- Declaración de la empresa o trabajador por cuenta propia conforme al modelo adjunto
- Otra documentación:.....

SOLICITO que se emita certificado médico en el que se determine si las condiciones de mi puesto de trabajo pueden influir negativamente en mi salud o en la del feto durante el embarazo a los efectos de lo previsto en la L.O. 3/2007, de 22 de marzo.
En....., a..... de..... de 200.....

Firma de la Solicitante

¹ De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos serán incluidos en nuestros ficheros automatizados con la finalidad de prestarle servicios como Entidad Colaboradora de la Seguridad Social. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación recogidos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, puede dirigirse mediante escrito a Mutua de Navarra - Polígono de Landaben – Calle F nº 4 – 31012 – Pamplona.