

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO DE RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL¹

1. Datos Personales

D.N.I. / N.I.E..... N° Afiliación S.S.....

Apellidos y Nombre Solicitante.....

Domicilio

Localidad C. Postal Teléfono

2. Datos de la Empresa

Nombre o Razón Social.....

Dirección (Ubicación de la trabajadora)

.....

Localidad C. Postal Teléfono.....

Servicio Prevención Propio

Servicio Prevención Ajeno:

Fecha de Nacimiento de hijo:

Fecha finalización prestación por maternidad:

3. Ha solicitado excedencia para cuidado de hijos: Si / No

4. Documentación que se aporta:

1. DNI / NIE / TIE
2. Informe del Servicio Público de Salud certificando la lactancia natural
3. Evaluación de Riesgos del Puesto de Trabajo y cuanta información que acredite los riesgos del puesto
4. Declaración de la empresa o trabajador por cuenta propia conforme al modelo establecido
5. Copia de Resolución de Maternidad de Seguridad Social
6. Otra documentación:.....

SOLICITO, por la presente, que se emita certificado médico en el que se determine si las condiciones de mi puesto de trabajo pueden influir negativamente en la salud del lactante durante el período de lactancia natural 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 utilizados e 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.