

Sello Entrada .....

---

## Certificado empresarial sobre situación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural

---

Nº Expediente: \_\_\_\_\_

REF.: \_\_\_\_\_

### **DATOS DE EMPRESA**

---

D/Dña. .... con DNI/NIE ..... en calidad  
de ..... del organismo/empresa .....  
NIF/CIF ..... y domicilio en .....  
Localidad ..... Código postal ..... Provincia ..... Contacto  
de la empresa y cargo ..... Teléfono  
..... Correo electrónico .....

*Anótese el domicilio de la empresa y correo/s electrónico/s a efectos de notificaciones por parte de Mutua Navarra.*

Servicio de Prevención Propio

Servicio de Prevención Ajeno: .....

**CERTIFICA** que la trabajadora Dña. ...., con Número de  
Afiliación a la Seguridad Social ....., y con DNI/NIE .....

1. Que tiene el siguiente horario:

De lunes a viernes:.....

Fin de semana

De lunes a domingo:.....

Otros \*: .....

\*jornadas irregulares adjuntar calendario.

2. Que ocupa el puesto/s de trabajo de ..... (CNO: .....),  
trabajando con otros ..... trabajadores simultáneamente en el mismo puesto de trabajo y las  
mismas funciones, siendo éstas:

Descripción general de funciones y tareas concretas de las mismas (características y forma del  
trabajo, tiempos...):

Función: .....

Tareas concretas: .....

.....

Función: .....

Tareas concretas: .....

.....

Función: .....

Tareas concretas: .....

.....

\*Adjuntar evaluación de riesgos del puesto de trabajo y relación de puestos de trabajo exentos de riesgo.

\* Adjúntese la documentación que considere necesaria, creando, si lo estima oportuno, un nuevo documento al efecto.

3. Descríbanse todas aquellas medidas de prevención, en origen, técnicas, organizativas..., que según el art. 26 LPRL, ha implantado para adaptar el puesto de trabajo o reubicar a la trabajadora (Art 39.4.b RD 295/2009), y si no ha podido implantar dichas medidas, los motivos por los que no ha sido posible.

1. Adaptación:

2. Reubicación:

4. Adjúntenos informe del Servicio de Prevención Propio, si dispone de Vigilancia de la Salud, o Servicio de Prevención Ajeno, sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatibles con el estado de la trabajadora o, cuando estos existan, sobre la imposibilidad, técnica u objetiva, de realizar el traslado correspondiente, o que no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados.

Y para que así conste donde proceda se expide y firma el presente certificado en \_\_\_\_\_, a  
de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Firma y sello de la empresa)

*La empresa comunicará a Mutua Navarra cualquier cambio en las circunstancias descritas en este documento, que signifique una variación sobre las mismas (la falta de certificado podrá suponer la suspensión o extinción del derecho de subsidio, art. 35.5 RD 295/2009).*

*Sobre posibles contradicciones en el presente certificado o indicios de connivencia para obtener la prestación, se podrá solicitar informe a la Inspección de Trabajo.*