



Hospital Santos Reyes

COMUNICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE EMBARAZO/LACTANCIA



Gerencia Regional de Salud

LA TRABAJADORA

Nombre y apellidos:

Centro de Trabajo:

Servicio/Unidad:

Categoría:

Puesto de trabajo:

DNI:

Nº Tlfn. trabajo:

Personal:

NOTIFICA

Al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Área de Salud de _____ que en la actualidad me encuentro:

En estado de gestación. Semana de gestación actual: _____

Fecha probable del parto: ___ / ___ / _____

En periodo de lactancia materna desde la fecha: ___ / ___ / _____ .

Lo que comunico para que se realice la evaluación de las condiciones de mi puesto de trabajo y me informe de los riesgos a los que estoy expuesta así como de las medidas preventivas necesarias.

Se aportará informe médico que acredite su situación.

La presente comunicación supone la autorización para utilizar los datos aportados a los efectos de realizar los trámites que se deriven de la misma.

En _____ a ___ de _____ de 20__

Fdo. La trabajadora

Recibí – Servicio de Prevención
Firma

Nombre y apellidos

FECHA: ___ / ___ / _____