

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA SOBRE LA EXISTENCIA DE RIESGOS LABORALES DURANTE EL 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 lactancia natural.*

### 1. DATOS PERSONALES DE LA SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NIF/DNI/Pasaporte
Fecha de nacimiento	Correo electrónico	Nº Teléfono fijo	Nº Teléfono móvil
Nº Afiliación de la Seguridad Social:		Domicilio personal	
Localidad		Provincia	Código Postal
Tipo de relación laboral: <input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta ajena <input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta propia <input type="checkbox"/> Empleada de hogar (1 hogar) <input type="checkbox"/> Empleada de hogar (varios hogares)			
Horas/semanales: _____			

### 2. INFORMACIÓN EMPRESARIAL Y ACTIVIDAD LABORAL

Nombre o Razón Social		Nº Código Cuenta de Cotización (CCC)	Nº Teléfono
Domicilio	Localidad	Provincia	Código Postal
Actividad		Correo electrónico	

- Reseñe si existen otras empresas o centros donde también desarrolla la actividad laboral

- Descripción detallada de las tareas efectuadas

- Detalle las medidas preventivas implantadas para adaptar su puesto de trabajo a su estado actual

### 3. INFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA

Solicito la valoración médica sobre riesgos laborales en relación con mi estado por:

- 3.1.- Riesgo durante el embarazo, si las condiciones del puesto de trabajo pudiesen influir negativamente en mi salud y/o en el feto:

Fecha prevista de parto:  Embarazo múltiple:

- 3.2.- Riesgo durante la lactancia natural, si las condiciones del puesto de trabajo pudiesen influir negativamente en mi salud y/o en la de mi hijo:

Fecha del alumbramiento:  Fecha de finalización del permiso de maternidad:

- 3.3.- Identifique los procesos de incapacidad temporal que haya tenido en los últimos seis meses:

Fecha de baja médica	Fecha de alta médica	Ha tenido relación la baja con la situación de embarazo o lactancia	
		Sí	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3.4.- Estado inmunitario frente a los agentes biológicos:

Si se han descrito exposiciones frente a los agentes biológicos, será imprescindible aportar informe analítico con serología actual, fechado este a la proximidad de presentación del presente documento, así como cartilla vacunal.

*Declaro, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que se aportan en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar al Departamento de Prestaciones de Ibermutua cualquier modificación de los datos que pudieran derivarse.*

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma de la trabajadora solicitante.

#### Información detallada sobre protección de datos

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora de la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043, teléfono de contacto 900.23.33.33 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutua.es](mailto:atencionalcliente@ibermutua.es). Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: [dpd@ibermutua.es](mailto:dpd@ibermutua.es)

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales serán tratados para gestionar la solicitud realizada y prestar IBERMUTUA sus servicios en su condición de mutua colaboradora con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar y hacer efectivas a su favor las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural. Prestaciones económicas integradas en el Sistema de Seguridad Social.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento es el consentimiento otorgado al realizar la solicitud y el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales y los antecedentes médicos serán comunicados al a los Organismos de la Seguridad Social y a Entidades de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos serán conservados durante el plazo para gestionar la solicitud realizada y la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, así como revocar el consentimiento otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: [derechosdatospersonales@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutua.es), concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad. Asimismo, si considera que sus derechos no han sido suficientemente atendidos, se le informa del derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan nº 6, 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutua.es](http://www.ibermutua.es)