

SOLICITUDE DO CERTIFICADO MÉDICO SOBRE A EXISTENCIA DE RISCOS LABORAIS DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL

IMPORTANTE: o certificado médico que solicita xustificará, se é o caso, a necesidade do cambio de posto de traballo ou das funcións que realiza. Só se o devandito cambio non se produce polos motivos previstos legalmente, poderá acceder, con posterioridade, á prestación de risco durante o embarazo ou a lactación natural.

1. DATOS PERSOAIS DA SOLICITANTE

| | | | |
|--|--------------------|----------------------|-----------------------|
| Primeiro apelido | Segundo apelido | Nome | NIF/DNI/Pasaporte |
| Data de nacemento | Correo electrónico | N.º de teléfono fixo | N.º de teléfono móbil |
| N.º de afiliación á Seguridade Social: | | Enderezo persoal | |
| Localidade | | Provincia | Código postal |
| Tipo de relación laboral: <input type="checkbox"/> Traballadora por conta allea <input type="checkbox"/> Traballadora por conta propia <input type="checkbox"/> Empregada do fogar (1 fogar) <input type="checkbox"/> Empregada do fogar (varios fogares) | | | |
| Horas/semanais: | | | |

2. INFORMACIÓN EMPRESARIAL E ACTIVIDADE LABORAL

| | | | |
|----------------------|--|-----------|-----------------|
| Nome ou razón social | N.º do código da conta de cotización (CCC) | | N.º de teléfono |
| Domicilio | Localidade | Provincia | Código postal |
| Actividade | Correo electrónico | | |

- Indique se existen outras empresas ou centros onde tamén desenvolve a actividade laboral

- Descrición detallada das tarefas efectuadas

- Especifique as medidas preventivas implantadas para adaptar o seu posto de traballo ao seu estado actual

3. INFORMACIÓN DA SITUACIÓN DE EMBARAZO OU LACTACIÓN

Solicito a valoración médica sobre os riscos laborais en relación co meu estado por:

a. 3.1.- Risco durante o embarazo, se as condicións do posto de traballo puidesen influír negativamente na miña saúde

ou no feto:

Data probable do parto: Embarazo múltiple:

• 3.2.- Risco durante a lactación natural, se as condicións do posto de traballo puidesen influír negativamente na miña saúde

ou na do meu fillo:

Data do parto: Data de finalización do permiso de maternidade:

• 3.3.- Identifique os procesos de incapacidade temporal que tivese no últimos seis meses:

| Data da baixa médica | Data de alta médica | Tivo relación a baixa coa situación de embarazo ou lactación | |
|----------------------|---------------------|--|--------------------------|
| | | Si | Non |
| | | <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 fronte aos axentes biolóxicos:

Se se describiron exposicións fronte aos axentes biolóxicos, é imprescindible achegar o informe analítico coa seroloxía actual datado con proximidade á presentación do presente documento, así como a cartilla das vacinas.

Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos que consigno na presente solicitude, e manifesto, igualmente, que quedo informada da obriga de comunicarlle ao Departamento de Prestacións de Ibermutua calquera modificación nos datos que se puidese producir no sucesivo.

_____, a ____ de _____ de 20__

Sinatura da traballadora solicitante.

Información detallada sobre protección de datos

Responsable do tratamento: os datos de carácter persoal proporcionados son tratados por IBERMUTUA, a mutua colaboradora coa Seguridade Social n.º 274 (IBERMUTUA), con domicilio en: c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, Madrid, -28043; teléfono de contacto 900.23.33.33; e correo electrónico de contacto: atencionalcliente@ibermutua.es. Pode contactar co delegado de protección de datos no enderezo: dpd@ibermutua.es

Finalidade do tratamento: os datos persoais serán tratados por IBERMUTUA para xestionar e prestar os servizos derivados da súa condición de mutua colaborada coa Seguridade Social. Estes datos son necesarios para tramitar e garantir a efectividade das prestacións económicas por risco durante o embarazo/a lactación natural ao seu favor. As prestacións económicas están integradas no sistema da Seguridade Social.

Lexitimidade: a base da licitude do tratamento é o consentimento outorgado no momento de realizar a solicitude e o cumprimento das obrigas legais de IBERMUTUA derivadas da súa condición de mutua colaboradora coa Seguridade Social para a xestión das prestacións económicas por risco durante o embarazo/a lactación natural.

Destinatarios dos datos: os datos persoais e os antecedentes médicos seranlles comunicados aos organismos da Seguridade Social e ás entidades da Administración Pública, en cumprimento dunha obriga legal.

Prazo de conservación dos datos: os datos serán conservados durante o prazo necesario para xestionar a solicitude realizada e os prazos establecidos na normativa en materia sanitaria e a normativa que regula as mutuas colaboradoras coa Seguridade Social.

Exercicio dos dereitos: pode revogar o consentimento outorgado ou exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición e, cando proceda legalmente, portabilidade, enviando unha comunicación a: c/ Ramírez de Arellano, n.º 27, Madrid-28043, ou ao enderezo electrónico: derechosdatospersonales@ibermutua.es, concretando o dereito solicitado e acreditando a súa identidade. Así mesmo, se considera que os seus dereitos non foron suficientemente atendidos, queda informado do seu dereito a presentar una reclamación perante a Axencia Española de Protección de Datos a través do seu sitio web www.agpd.es, o enderezo c/Jorge Juan, n.º 6, 28001-Madrid, ou o teléfono de contacto 912 663 517.

Máis información: no *Aviso legal e privacidad* de www.ibermutua.es