

**DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL
EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL**

D/D^a..... con DNI-NIE-TIE
en calidad de del organismo o empresa
con nº de código de cuenta de cotización y
domicilio.....
núm. Localidad C. Postal
Provincia.....

DECLARA que: D^a socia
trabajadora/trabajadora(1) de esta empresa con núm. de la Seguridad Social y
DNI-NIE-TIE

1.- Realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son
.....
.....
.....

2.- Su categoría profesional es de

3.- Que el riesgo específico, durante el embarazo o la lactancia natural(1), es de(2)

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que (3) figuran como exentos de
riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta de
los representantes de los trabajadores.

....., a de de 20.....

firma y sello de la empresa

(1) Táchese lo que no proceda
(2) Especificar qué tipo de riesgo
(3) Indicar SÍ o NO

**DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL**

D/D^a
con DNI-NIE-TIE en calidad de
del organismo o empresa con núm de código
de cuenta de cotización y domicilio
núm. Localidad C. postal Provincia

DECLARA que: D^a socia
trabajadora/trabajadora(1) de esta empresa con número de Seguridad Social
..... y DNI-NIE-TIE

- 1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado(2)
- 2.- En consecuencia y dado que no resulta técnica u objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha

....., a de de 20.....

firma y sello de la empresa

(1) Táchese lo que no proceda

(2) Declaración sobre existencia o no de otro puesto compatible con su estado

NOTA: Esta declaración deberá acompañarse de un certificado médico elaborado por el Servicio de Prevención (Vigilancia de la Salud), especificando el riesgo para la trabajadora.

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

D/Dª con DNI - NIE – TIE
que desempeña en la empresa el cargo de

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social				Código de cuenta de cotización			
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia		Teléfono			

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y nombre				DNI - NIE - TIE			
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia		Número de la Seguridad Social			

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)			
Base de contingencias comunes	Núm. de días	Base de contingencias profesionales	Núm. de días
b) Bases de cotización, por horas extraordinarias y otros(*)			
Base de contingencias comunes	Núm. de días	Base de contingencias profesionales	Núm. de días

EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo

Año	Mes	Núm.días cotizados	Base de cotización CC	Base AT/EP
		Totales		

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA

TrabajadoraFijaEventual

¿Se encontraba en vigor el contrato en la fecha de la baja?

.....Sí NO

Núm. jornadas reales mes anterior a la baja.....

Salario real de la trabajadora€/día

....., a de de 20.....

firma y sello de la empresa

(*) Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato.