REV. 00

Castilla y León

Junta de

**PE SST 13-01 Comunicación de la trabajadora de su situación de embarazo o lactancia**

Dña. (nombre y apellidos)

Con DNI....................... .. ........., que se encuentra prestando servicios en el centro............................................................................................................en el puesto de

trabajo. ................................................................ . .

con domicilio a efectos de notificación en C/.............................................................de la localidad de

…………………………………………………..

En régimen (SS o MUFACE):

Teléfono:

Correo electrónico:

**COMUNICO**

Encontrarme en situación de

#  Embarazo

Lactancia natural

A los efectos de notificación a la empresa y por ello,

**SOLICITO**

Se realice la oportuna evaluación de mi puesto de trabajo, se me informe del resultado de ella, de las medidas preventivas necesarias que se deben implementar para proteger mi salud y la de mi descendencia y, si es necesario el *reconocimiento de la situación de riesgo durante el embarazo/lactancia natural’,* y para ello, aporto el correspondiente informe médico en el que se diagnostica mi situación de embarazo y la fecha probable de parto/Lactancia natural .

En a de de 20.

Fdo.:

Identificación, firma y recibí de la persona que lo recepciona.

^(Régimen General de SS) Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante eí embarazo y riesgo durante la lactancia natural. (capítulos IV y V)

(MUFACE) artlculo 15 de la orden PRE/1744/2010 de 30 de junio, por la que se regula el procedimlento de reconocimiento, control y seguimiento de las situaciones de riesgo durante el embarazo y riesgo en la lactancia *natural en el* Régimen *Especial* de la Seguridad Social de los funcionarios

*Gestión del riesgo durante el embarazo* y/o *lactancia natural /*