



**COMUNICACIÓN DE SITUACION DE EMBARAZO, PARTO RECIENTE
O PERIODO DE LACTANCIA NATURAL**

A. DATOS DE LA TRABAJADORA

APELLIDOS:	NOMBRE:	
DNI :	SIP:	
Teléfono de contacto	Correo electrónico:	

B. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

SITUACION LABORAL fijo eventual interino residente estudiante
otros

CENTRO DE TRABAJO (indique cual)	SERVICIO/SECCION/UNIDAD	PUESTO DE TRABAJO
-------------------------------------	-------------------------	-------------------

C. COMUNICACIÓN DIRIGIDA A LA GERENCIA/DIRECCIÓN DEL CENTRO

De acuerdo con lo previsto en el artículo 26. Protección de la maternidad, de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, pongo en su conocimiento mi situación de:

- periodo de lactancia natural
- estado de embarazo
- parto reciente

D. DOCUMENTACIÓN APORTADA

Para certificar la situación anteriormente señalada se aportarán los siguientes documentos en la Unidad periférica de prevención correspondiente:

- informe de médico/enfermera especialista en obstetricia-ginecología
- informe de médico especialista en pediatría que certifica la situación de lactancia materna

Firma de la interesada

Fecha:

La información registrada será tratada de forma que se garantice su carácter confidencial con pleno cumplimiento de las previsiones establecidas en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos