

Declaración empresarial sobre descripción y exposición a riesgos durante el embarazo o lactancia natural

1. Datos de la solicitante

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	NFI/NIE/TiE
-----------------	------------------	--------	-------------

2. Datos de la empresa

Nombre o razón social	Nº código cuenta cotización (CCC)
-----------------------	-----------------------------------

3. Puesto de trabajo de la solicitante

Puesto de trabajo	Profesión	Categoría
-------------------	-----------	-----------

4. Riesgos laborales

1. Riesgos por agentes físicos

a. Radiaciones

Radiaciones ionizantes.....

Dosis efectiva:

Radiaciones no ionizantes Sí..... No.....

b. Vibraciones

Exposición diaria de cuerpo entero:

c. Temperaturas extremas (frío o calor)

Trabajos sedentarios: Tiempo de exposición:

Trabajos no sedentarios: Tiempo de exposición:

d. Ruido

Intensidad:

Tiempo de exposición:

Nivel pico máximo de exposición:

e. Atmósferas de sobrepresión elevada e ingravidez

Sí..... No.....

2. Riesgos por agentes químicos

Enumerar substancia/s tóxicas:

Tipo de exposición: Inhalatoria..... Dérmica..... Digestiva.....

3. Riesgos por agentes biológicos

Enumerar agente/s biológicos:

4. Otros riesgos no especificados en apartados anteriores

.....

.....

.....

Firma y sello de la empresa