

## Solicitud certificación médica sobre riesgo embarazo o lactancia natural

**IMPORTANTE:** El certificado médico que solicita, justificará en su caso, la necesidad del cambio de puesto de trabajo o de las funciones que realiza. Sólo si dicho cambio no se produce por los motivos previstos legalmente, podrá acceder con posterioridad a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

### 1. Datos personales

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	NIF/NIE/Pasaporte
Fecha de nacimiento ____/____/____	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		Nº de Seguridad Social ____/____/____
Domicilio: Calle o Plaza, nº			Localidad	Provincia	C.P.

### 2. Datos de la empresa

Nombre o Razón Social	Número Código Cuenta Cotización (CCC)
-----------------------	---------------------------------------

Solicito el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con mi estado por:

- Riesgo durante el embarazo, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la del feto.  
 Riesgo durante la lactancia natural, ya que las condiciones del puesto de trabajo influyen negativamente en mi salud y/o en la de mi hijo.

Describa como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado

### 3. Procesos de IT en los seis meses anteriores:

Sí  No

Baja	Alta	Relacionada con embarazo
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

Firma solicitante

### Con esta solicitud debe presentar

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural (modelo CP-REL-F6 informe médico)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre el riesgo del puesto de trabajo si lo tuviere.
- Informe de riesgos emitido por la empresa (modelo CP-REL-F2 DESCRIPCIÓN RIESGOS) (Este modelo es complementario a la evaluación de riesgos del servicio de prevención o, en su caso, sustituto de éste cuando la empresa carezca de servicio de prevención).

D<sup>a</sup> .....ha presentado en esta Mutua solicitud de certificación médica de riesgo durante el embarazo-lactancia natural, adjuntando a su solicitud la siguiente documentación:

- Informe médico embarazo/lactancia Servicio Público Salud
- Evaluación riesgos del puesto de trabajo
- Modelo corporación declaración empresarial
- Modelo corporación situación actividad
- Informe médico complementario
- .....
- .....

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

Por la Mutua,

**Información detallada sobre protección de datos**

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora de la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUAMUR) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto atencionalcliente@ibermutuamur.es. Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección: dpd@ibermutuamur.es

**Finalidad del tratamiento:** Los datos personales serán tratados para gestionar la solicitud realizada y prestar IBERMUTUAMUR los servicios de mutua colaborada con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar y hacer efectivas a su favor las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural. Prestaciones económicas integradas en el Sistema de Seguridad Social.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento es el consentimiento otorgado al realizar la solicitud y el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUAMUR como mutua colaboradora con la Seguridad Social en la gestión de las prestaciones económicas por riesgo durante el embarazo/lactancia natural.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales y los antecedentes médicos serán comunicados al a los Organismos de la Seguridad Social y a Entidades de la Administración Pública, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos serán conservados durante el plazo para gestionar la solicitud realizada y la normativa reguladora de las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, así como revocar el consentimiento otorgado, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección: derechosdatospersonales@ibermutuamur.es, concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan nº 6, 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutuamur.es](http://www.ibermutuamur.es)