

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: msv/año
 Radiaciones no Ionizantes Sí..... No.....

b. Vibraciones

Exposición diaria de cuerpo entero: m/s²

c. Temperaturas extremas (frío o calor)

Trabajos sedentarios: °C Tiempo de exposición: (horas/día)
 Trabajos no sedentarios: °C Tiempo de exposición: (horas/día)

d. Ruido

Intensidad: dB(A)
 Tiempo de exposición: (horas/día)
 Nivel pico máximo de exposición: dB(C)

e. Atmósferas de sobrepresión elevada e ingravidez

Sí..... No.....

2. Riesgos por agentes químicos

Enumerar sustancia/s tóxicas:
 Tipo de exposición: Inhalatoria..... Dérmica..... Digestiva.....

3. Riesgos por agentes biológicos

Enumerar agente/s biológicos:
 Grupo 1: Grupo 2: Grupo 3: Grupo 4:

4. Riesgos por condiciones de trabajo

Trabajadores en minas subterráneas: Sí No

Carga física y riesgo postural

- Manejo repetitivo de pesos, arrastre y empuje
 Cargas Kg Veces/día
- Subir/bajar escaleras repetitivo
 Veces/turno
- Subir escaleras de mano
- Flexionar tronco y trabajo en cuclillas
 Porcentaje % de la jornada
- Bipedestación mantenida
 Horas/jornada
- Bipedestación intermitente
 Minutos/hora

CP-REL-F2

Información detallada sobre protección de datos

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que al facilitar los datos de la solicitante le ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

Responsable del tratamiento: Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUAMUR, Mutua Colaboradora con 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 y prestar IBERMUTUAMUR sus servicios en su condición de mutua colaborada con la Seguridad Social. Siendo los datos necesarios para tramitar 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 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 podrán ser comunicados a los Organismos de la Seguridad Social y Entidades de las Administraciones Públicas, en cumplimiento de una obligación legal.

Plazo de conservación de los datos: Los datos serán conservados durante el plazo de la prestación de 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 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

5. Riesgo por:

- Nocturnidad
- Turnicidad. Complimentar horario de turnos:

Horario		Días de la semana	Duración / Frecuencia
De	a		
De	a		
De	a		
De	a		
De	a		

6. Relación de puestos de trabajo en la empresa y nº de trabajadores en cada uno

Puesto	Nº de trabajadores
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

7. Otros riesgos no especificados en apartados anteriores

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Firma y sello de la empresa