

RIESGO PARA EL EMBARAZO Y LACTANCIA

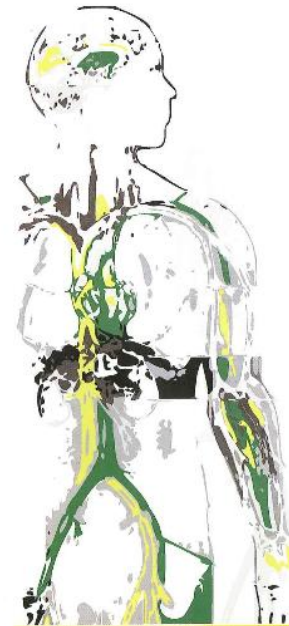
CUANDO HAY MUTUA

Dr. Rafael Tímermans del Olmo
Médico del Trabajo
rtimmermans@fhalcorcon.es
[@RafaelTimermans](https://twitter.com/RafaelTimermans)

ORIENTACIONES PARA LA VALORACION DEL RIESGO LABORAL Y LA INCAPACIDAD TEMPORAL DURANTE EL EMBARAZO



Orientaciones para la valoración del riesgo laboral durante la lactancia natural



Las prestaciones de maternidad y paternidad caen el 19,1 % durante la crisis

Agencia EFE - sáb, 28 feb 2015 13:33 CET



Agencia EFE - Foto de una mujer embarazada. EFE/Archivo

f Compartir 2 Twittear 12 Share g+1 0 Pinit

Madrid, 28 feb (EFE).- El número de prestaciones de maternidad y paternidad han disminuido un 19,1 % durante la crisis, ya que en 2014 se concedieron 516.829 prestaciones, frente al máximo de 638.916 que se otorgaron en 2008, un retroceso que se atribuye a la caída de la natalidad y al descenso del empleo.

NO ES

- Un regalo.
- Discreccional.
- Para todas igual.

PRIMERA VISITA:

- **“Hola, estoy embarazada” (o lactando).**
- **Evaluación médica.**
- **Revisión de la Evaluación.**
- **Documento para el Responsable directo.**

SEGUNDA VISITA:

- Evaluación médica.
 - Solicitud de Certificado Médico.
 - Ficha de Evaluación de Riesgos.
 - Ficha de Embarazo o Lactancia.
- + Certificado con FPP y FUR (o lactancia)**

Apellidos y Nombre: _____ DNI – NIF: _____

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL.

3.1. Trabajadoras por cuenta ajena y empleadas del hogar.

Razón Social: HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACION ALCORCON Tipo de Contrato: _____

Código Cuenta Cotización: _____ Domicilio de la actividad: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____

Describe con detalle las funciones que realiza:

Describe cómo se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado:

Indique por qué se ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de su puesto de trabajo:

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterada de la obligación de comunicar a **FREMAP** cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso que se me extienda el certificado médico que justifique la necesidad la necesidad del cambio del puesto o funciones que desarrollo como consecuencia del riesgo durante el embarazo o la lactancia natural

_____ a _____ de _____ de 20 _____

Firma del solicitante

- La Mutua de Accidentes valora la documentación.
- Puede solicitar más información o valoración.
- Cuidado con la IT por Contingencias Comunes.
- Cuidado con tiempo parcial.

TERCERA VISITA:

- **Solicitud Prestación Económica.**
- **Certificado de Empresa sobre la actividad desarrollada.**
- **Declaración de inexistencia de puestos o funciones compatibles.**
- **Certificado de cotizaciones e IRPF.**

**CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD
DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO
(NO CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE EMPLEADAS DEL HOGAR)**

D/D^a: [] con DNI-NIE-TIE []
en calidad de [] del organismo o empresa **HOSPITAL UNIV FUND. ALCORCON**
con núm. de código **Nombre y Apellidos del solicitante** y domicilio completo **C/ BUDAPEST 1**
Localidad **ALCORCÓN** C.P. **28922** Provincia **MADRID**
Teléfono **918219400** Correo electrónico []

DECLARA que D^a [] trabajadora / socia trabajadora/ TRADE **(1)** de esta empresa
con Núm. De la Seguridad Social [] y DNI -NIE-TIE []

1. Realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son:

[]

2. Su categoría profesional es de: []

3. Que los riesgos durante la situación de embarazo o lactancia natural, que se contemplan en la evaluación realizada por el servicio de prevención, son los siguientes: (Deberán describirse los riesgos con detalle, siendo preciso acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora la evaluación del puesto de trabajo) **(2)**

Riesgo biológico, Manipulación de cargas, bipedestación prolongada, Exposición a sustancias tóxicas

4. Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que (indicar Si o NO) **No** figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores (la relación deberá acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora) **(2)**.

5. Las actuaciones desarrolladas para intentar adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo han sido las siguientes:

Disminuir su exposición a los riesgos indicados.

6. En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo del trabajo (indicar Si o NO) **No** ha sido posible, por lo que (indicar Si o NO) **Si** pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del lactante.

En su caso, la imposibilidad de adaptación se ha debido a las siguientes razones (describir detalladamente):

No es posible evitar la exposición a los riesgos mediante el cambio de funciones o de puesto al poderse afectar sus competencias profesionales, pudiendo suponer un riesgo para sí misma o para pacientes.

[] a [] de [] de 20 []

(Firma y sello de la empresa)

DECLARACIÓN DE LA EMPRESA O DE LA TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

(EN EL CASO DE LAS TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA, ES PRECEPTIVO ACOMPAÑAR CON ESTE DOCUMENTO EL INFORME DEL SERVICIO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA EMPRESA AL QUE SE REFIERE EL APARTADO 3)

D/Dª. _____
con DNI-NIE-TIE _____ en calidad de _____
del organismo o empresa **HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN** con núm de código de cuenta de cotización _____ y domicilio **CALLE BUDAPEST**
núm **1** Localidad **ALCORCON** C. Postal **28922** Provincia **MADRID**
Teléfono **916219400** Correo Electrónico _____

DECLARA que:

- Dª. _____ socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta empresa
con núm. de la Seguridad Social _____ y DNI-NIE-TIE _____
- Como trabajadora por cuenta propia o autónoma del RETA

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado⁽¹⁾ _____
No lo hay disponible, teniendo en cuenta sus funciones y responsabilidades

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo o de funciones no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse, son los siguientes: _____
No es posible evitar la exposición a los riesgos mediante el cambio de funciones o de puesto al poderse afectar sus competencias profesionales, pudiendo suponer un riesgo para sí misma o para pacientes.

3.- En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa (no aplicable a las trabajadoras autónomas)

4.- Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo o el cese en la actividad de la trabajadora autónoma con fecha: _____

ALCORCON a _____ de _____ de 20_____
(firma y sello de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia)

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.

NOTA: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el Informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que FREMAP notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

"Personas y negocio
creciendo juntos"

Belén Frau,
Directora General Ikea España

Belén Frau



IKEA con Randstad

randstad



