

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN MÉDICA DE EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO / LACTANCIA NATURAL

MUY 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	DNI - NIE - TIE	
Fecha de nacimiento	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Dirección correo electrónico	Número Afiliación Seg. Social
Domicilio (Calle o plaza)			Núm.	Bloq.
			Esc.	Piso
			Pta.	
Código Postal	Localidad		Provincia	

Indicar Régimen de Alta a la Seguridad Social (resto de casillas según proceda):

☐ Trabajadora por cuenta propia	☐ Trabajadora del SETA	☐ TRADE	☐ Autónoma que presta sus servicios sociedad cooperativa, laboral o mercantil.	☐ Ninguno de los anteriores
☐ Trabajadora por cuenta ajena <i>(indicar tipo contrato)</i>	☐ Fijo	☐ Fijo discontinuo Fecha fin capaña: _____	☐ Eventual / Duración determinada Fecha fin contrato: _____	☐ Tiempo parcial
☐ Trabajadora otros regímenes	Indicar Régimen de alta en la Seguridad Social:			

Datos de la Situación Protegida:

☐ Riesgo durante el embarazo Semana de gestación <i>(a fecha de la solicitud)</i> : Fecha prevista de parto: Embarazo múltiple: ☐ SI ☐ NO	☐ Riesgo durante la lactancia natural Fecha de parto: Fecha de finalización permiso maternidad: Opción para el otro progenitor de disfrute de maternidad: ☐ SI <i>(adjuntar resolución de maternidad)</i> ☐ NO
---	--

Procesos de Incapacidad Temporal de los últimos seis meses:

Fecha de la baja médica	Fecha del alta médica	Existía relación entre su baja médica y su situación de embarazo o lactancia:
1ª) _____	_____	☐ SI ☐ NO
2ª) _____	_____	☐ SI ☐ NO
3ª) _____	_____	☐ SI ☐ NO

(Si ha contestado que si en alguno de los procesos, rogamos aporte documentación médica junto a esta solicitud)

2- DATOS DE LA EMPRESA

Razón social	Núm. C.C.C	Actividad empresa	Teléfono
Domicilio	Código Postal	Localidad	

3- DATOS DE LA SITUACIÓN PROTEGIDA

a-) Describa con detalle las funciones que realiza.
b-) Indique cómo se ha adaptado su puesto de trabajo o funciones que realiza a su nuevo estado.
c-) ¿Por qué no ha considerado suficientes o correctas esas adaptaciones?

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

- Declaración de la empresa sobre tareas y condiciones de puesto de trabajo, categoría y riesgos. (PRDO107)
- Informe de riesgos emitido por la empresa, 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. (PRDO108)
- 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 médico a cumplimentar del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo y fecha probable de parto o, en su caso, certificando la lactancia natural. (PRDO109)
- DNI-NIE-Pasaporte

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 la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo,

y

SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición por Riesgo durante el Embarazo / Lactancia natural, adoptando para ello todas las medidas necesarias para la resolución.

Firma de la interesada

En _____, a ____ de _____ de 20 ____

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
En cumplimiento del Reglamento 2016/679 de la Unión Europea relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, le informamos que:	
Responsable del tratamiento	El responsable del tratamiento de sus datos es EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 , con domicilio social en Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.
Finalidad	Sus datos serán tratados con la finalidad de gestionar la solicitud de la prestación económica por riesgo durante el embarazo o lactancia natural.
Base de Legitimación	EGARSAT solo procederá al tratamiento de datos personales porque existe, por lo menos, una de las siguientes bases de legitimación del tratamiento: El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. En concreto, el tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones y el ejercicio de derechos específicos del responsable del tratamiento o del interesado en el ámbito del derecho laboral y de la seguridad y protección social, en la medida en que así lo autoriza la Ley General de la Seguridad Social, R.D.L 8/2015, de 30 de octubre.
Destinatarios	Sus datos podrán ser comunicados por obligación legal a administraciones públicas (por ejemplo: al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social), a entidades bancarias para proceder al cobro de los servicios o pago de prestaciones, y a empresas y profesionales de la salud colaboradores de EGARSAT, únicamente con el propósito de satisfacer las finalidades indicadas. Sus datos también pueden ser cedidos a otras mutuas en cumplimiento de la normativa de la Seguridad Social (Real Decreto 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, de Colaboración de las Mutuas con la Seguridad Social). Es posible que, en alguna ocasión, para cumplir las finalidades indicadas, sea necesario realizar una transferencia internacional de sus datos más allá de los países del Espacio Económico Europeo.
Criterio de Conservación de los datos	Conservaremos sus datos personales de identificación y administrativos mientras le prestemos cualquier tipo de servicio -a usted o a su empresa- o nos lo preste usted y, por lo menos, durante 5 años después de que finalice la relación con la mutua, en cumplimiento del artículo 16 del Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de Colaboración de las Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social. Los datos de salud que podamos tratar de usted serán conservados en cumplimiento de los plazos de conservación legalmente establecidos en el artículo 17 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, salvo que una normativa autonómica prevea uno diferente mayor. Del mismo modo, procederemos a conservar toda aquella documentación que sea necesaria para poder atender cualquier proceso judicial o contingencia prevista, mientras se prevea su utilidad. Para aquellos supuestos en los que es necesario su consentimiento expreso, sus datos se conservarán hasta que solicite su supresión o revoque su consentimiento, salvo en el caso de candidatos que facilitan su currículum, en cuyo caso la información será destruida de forma segura en un plazo máximo de 6 meses.
Derechos	Usted tiene derecho a revocar, en cualquier momento, cualquier consentimiento que nos haya otorgado y a acceder a la información que tenemos de usted, a rectificarla, a suprimirla, a oponerse a su tratamiento, a solicitar la limitación del tratamiento o a pedir la portabilidad de sus datos y a que no se tomen decisiones automatizadas en base a sus datos, incluida la realización de perfiles. Para ello, tan sólo precisa comunicarlo mediante escrito firmado, adjuntando una fotocopia de cualquier documento oficial válido que acredite su identidad (DNI, pasaporte...), dirigido a: EGARSAT, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 276 - Avda. de Roquetas, 63 -65, 08174, Sant Cugat del Vallés, Barcelona. Alternativamente, se puede dirigir a nuestro Delegado de Protección de Datos, que es la persona encargada de salvaguardar su privacidad en nuestra entidad. Puede hacerlo a través de dpo@egarsat.es o mediante carta postal a la atención del Sr. Delegado de Protección de Datos, remitida a la dirección indicada, incluyendo la referencia "DPD - Delegado de Protección de Datos". En caso de ejercicio de derechos por medio de representante, será necesario que la solicitud se acompañe de autorización expresa y copia del DNI, pasaporte o documento oficial equivalente del representante y del representado. También tiene derecho a presentar una reclamación ante una Autoridad de Control.
Información adicional	Si no nos facilita los datos solicitados o no presta los consentimientos solicitados, es posible que no se pueda satisfacer su pretensión.