

Certificado de empresa para la solicitud de prestaciones por riesgo embarazo o lactancia natural

D./Dña., con DNI/NIE/TIE nº
y cargo de en la empresa con
C.C.C. y domicilio

Declara: tras haber tenido conocimiento de la situación de embarazo lactancia natural de:
D./ Dña., con NIF/NIE nº
trabajadora de esta empresa.

1.- Que habiendo intentado la adopción de las medidas necesarias para evitar la exposición de dicha trabajadora al riesgo, conforme a lo dispuesto en el art. 26 de la ley de Prevención de Riesgos laborales, según redacción dada por la Ley 3/2007 de 22 de marzo, estas no han sido posibles o son insuficientes por los siguientes motivos:

.....
.....
.....
.....

2.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que sí no figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta a los representantes de los trabajadores (art. 26 de la LPRL).

3.-En consecuencia y dado que no resulta técnica y objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha ____/____/____

En , a de de 20.....

VºBºrepresentante del Servicio de Prevención,

Fdo.:

DNI:

Firma y sello de la empresa,