

## 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 la Seguridad Social
Domicilio: Calle o Plaza	Localidad	Provincia		C.P.

### 2. Datos de la empresa

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

### 3. Datos de la situación protegida

Se solicita el certificado médico sobre la necesidad de cambio de puesto de trabajo o de funciones compatibles con el estado de la solicitante por:	
Riesgo durante el embarazo Semana de gestación a esta fecha:	Riesgo durante la lactancia natural Fecha del parto:
Fecha prevista de parto:	Fecha de finalización del permiso de maternidad:
¿Es embarazo gemelar?  SI NO	¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad? SI NO (Si se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al progenitor)
Describa como se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado	

### 4. Procesos de IT en los seis meses anteriores:                      Sí                      No

Baja ..... .....	Alta ..... .....	Relacionada con embarazo Sí                      No Sí                      No
------------------------	------------------------	--

## Solicitud certificación médica sobre riesgo embarazo o lactancia natural

**Autorizo**, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme vía telemática, tanto a la dirección de correo electrónico como al teléfono móvil que se detallan en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. AUTORIZO  NO AUTORIZO

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

Firma solicitante

---

### CLÁUSULA INFORMATIVA CERTIFICACIÓN MÉDICA REL

De conformidad con el Reglamento general de Protección de Datos EU 2016/679 (RGPD), le informamos que sus datos serán tratados, como responsable, por MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115 (CESMA), con la finalidad de **evaluar la existencia del riesgo en el embarazo o lactancia natural con el fin de gestionar su prestación económica**.

Dichos datos no serán cedidos a ningún destinatario, excepto a los que legalmente estuviéramos obligados. La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del Convenio de Asociación suscrito entre su empresa y CESMA, así como Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social Real y entre otras Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.

Los datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario para cumplir con los preceptos mencionados con anterioridad. De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa mencionada, en cualquier momento puede ejercitar los derechos, respecto de sus datos personales, de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como poder revocar el consentimiento en cualquier momento, enviando un escrito, acompañado de una fotocopia de su DNI, o documento acreditativo equivalente a MUTUA DE ANDALUCÍA Y DE CEUTA, MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 115, Avenida Nuestra Señora de Otero s/n (51002 CEUTA).

En caso de querer consultar cualquier información sobre la gestión de sus datos personales, podrá contactar con nuestro Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo: [dpd@mutuacesma.com](mailto:dpd@mutuacesma.com).

Igualmente tendrá derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos, C/ Jorge Juan Nº 6, 28001, Madrid, contacto: [www.agpd.es](http://www.agpd.es), o tlf : 912 663 517

**Con esta solicitud debe presentar la siguiente documentación**

- DNI-NIE-Pasaporte
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo o lactancia natural (modelo CP-REL-F6 Informe médico)
- Informe de riesgos emitido por la empresa (Modelo CP-REL-F2 Declaración empresarial sobre descripción y exposición a riesgos durante el embarazo o lactancia natural)
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre riesgos del puesto de trabajo si lo tuviere.
- .....
- .....

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

- DNI-NIE-Pasaporte.
- Informe médico del facultativo del servicio público de salud sobre embarazo o lactancia natural.
- Informe de riesgos emitido por la empresa.
- Evaluación de riesgos del puesto de trabajo, informe del servicio de prevención de la empresa sobre riesgos del puesto de trabajo si lo tuviere.
- .....
- .....

**Solicitud completa** SI  NO

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

Por la Mutua,