



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



## DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

### 1. DATOS DE LA EMPRESA

D/Dª		DNI - NIE - pasaporte		Cargo en la empresa			
Nombre o razón social						Código de Cuenta de Cotización (CCC)	
						/	
Domicilio			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
			Código postal				
Localidad		Provincia				Teléfono	

### 2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y nombre			DNI - NIE - pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Trabajadora C./ajena	<input type="checkbox"/>	Socia trabajadora	<input type="checkbox"/>	Empleada de hogar fija
Número de la Seguridad Social					
/					

### DECLARA

1.- Que realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son

2.- Que su categoría profesional es la de

3.- Que el riesgo específico durante  el embarazo o  la lactancia natural, es de:

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que  SI  NO figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo<sup>(1)</sup> que ha confeccionado la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores.

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

Firma y sello

(1) Adjuntarla en caso de disponer de ella.

Sr/a. Director/a Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de .....