

COMUNICACIÓN DE EMBARAZO, PARTO RECIENTE O LACTANCIA

Este informe lo debe rellenar la interesada y enviarlo, lo antes posible al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del SERIS

Embarazo. Indicar semana de gestación Fecha Prevista de Parto	_____ semanas ____ / ____ / 202__
Parto reciente. Indicar fecha:	____ / ____ / 202__

Nombre Trabajadora			
DNI:	EDAD:	Tlf.:	
Correo Electrónico:			
Categoría Profesional			
Puesto	Centro:		

Breve descripción de las tareas realizadas habitualmente:

1. ¿Utiliza productos químicos? SI NO. Indicar productos químicos

2. ¿Está en contacto con agentes biológicos/pacientes? SI NO

3. ¿Está expuesta a radiaciones ionizantes? SI NO

4. ¿Realiza trabajo nocturno? SI NO

HORARIO				Días semana	Duración/Frecuencia
De	__ : __	A	__ : __		
De	__ : __	A	__ : __		
De	__ : __	A	__ : __		

5. ¿Realiza manipulación manual de cargas (peso, traslado de pacientes,...)? SI NO

6. ¿Está expuesta a otros riesgos? Indicar cuales:

Fecha y firma: