

Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta propia

Solicitud completa

Referencia interna

La cumplimentación defectuosa o incorrecta de este impreso o la falta de aportación de los documentos que se indican podrá exigir su subsanación y, en tanto la misma no se produzca, demorará la tramitación de la solicitud. Antes de empezar a escribir, lea detenidamente todos los apartados, así como las instrucciones para su cumplimentación

MUY IMPORTANTE: El **Certificado médico** que se 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 de la solicitante

Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
DNI/NIE/Pasaporte		Fecha nacimiento		Número de la Seguridad Social	
Domicilio habitual (<i>Tipo de vía, nombre de la vía</i>)					
Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia		Teléfono móvil	
Teléfono fijo		Correo electrónico			

2. 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		
<input type="checkbox"/> Riesgo durante el embarazo	Semana de gestación a fecha de la solicitud	Fecha prevista de parto
	¿Es embarazo gemelar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural	Fecha de fin permiso de maternidad	Fecha nacimiento del hijo/a
	¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí (deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al otro progenitor. Fecha: <input type="checkbox"/> No	

Apellidos y nombre

DNI/NIE/Pasaporte



Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Registro de entrada en MC MUTUAL

Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta propia

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado/mantenido en los últimos 6 meses

Fecha baja médica	Fecha alta médica	¿La baja tuvo relación con el embarazo o lactancia?	
		Sí (1)	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Si ha contestado que Sí ha tenido procesos de incapacidad temporal relacionado con la situación de embarazo o lactancia, le rogamos que aporte la información médica de que disponga.

3. Datos de la actividad laboral o profesional

Razón social	CIF	
Código Cuenta Cotización	Domicilio (Tipo de vía, nombre vía, número)	
Centro de trabajo (Tipo de vía, nombre de vía, número)		
Localidad	Código Postal	Provincia
Su jornada laboral es de (h/semana): _____ Cuya distribución en días y horario es: _____		
En caso de pluriactividad, indique la jornada de trabajo y las actividades que realiza: _____ _____		
Si está disfrutando de vacaciones, indique la fecha de fin: _____		
El riesgo a valorar durante el embarazo/lactancia natural es: 		
*En caso de que disponga de documentos o informes que acrediten el riesgo, deberá aportarlo junto a esta solicitud.		

Apellidos y nombre

DNI/NIE/Pasaporte



Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Registro de entrada en MC MUTUAL

Solicitud de certificado médico sobre la existencia de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural para trabajadora por cuenta propia

¿Se ha realizado algún cambio en su puesto de trabajo para adaptarlo a su situación actual? Sí No

De haber indicado Sí, las acciones realizadas para adaptar las condiciones o tiempo de trabajo y así evitar la exposición a los riesgos detectados, ha sido:

Si usted dispone de la evaluación de riesgos de su puesto de trabajo, debe aportarla con esta solicitud.

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 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 me extienda el certificado médico que justifique la necesidad del cambio del puesto o funciones que desarrollo como consecuencia del riesgo durante el embarazo o la lactancia natural.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma de la solicitante

AUTORIZO, mediante el presente documento a que la Mutua pueda notificarme, vía telemática a la dirección de correo electrónico que se detalla en el apartado 1, actos relacionados con el presente trámite. **(1)**

Sí No

- (1)** Dicha autorización queda sujeta a que MC MUTUAL tenga desarrollada la comunicación vía telemática para las diferentes notificaciones a realizar. Aquellas comunicaciones que no puedan ser realizadas por vía telemática, se practicarán por cualquier medio que permita tener constancia de la recepción por el interesado o su representante.

Una vez comprobada toda la documentación, notificaremos la resolución en un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de recepción de la solicitud.

Este documento podrá ser utilizado por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a efectos de emitir el informe previsto en los artículos 39.6 y 47.6 del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, en caso de existencia de posibles contradicciones o indicios de connivencia para la obtención de la prestación. En este supuesto, el plazo para resolver se suspenderá durante un periodo máximo de quince días.

Apellidos y nombre

DNI/NIE/Pasaporte



Los campos en color naranja son a cumplimentar por MC MUTUAL

Registro de entrada en MC MUTUAL

Documentación a presentar con esta solicitud

- Fotocopia del DNI, NIE o TIE de la trabajadora
- En el caso de trabajadoras embarazadas, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable de parto y/o cartilla de embarazo del Servicio Público de Salud.
- En el caso de trabajadoras en situación de lactancia natural, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la lactancia natural y la fecha del parto.
- En caso que haya indicado situación de pluriactividad o pluriempleo, deberá aportar toda la documentación relativa a...

Información detallada sobre protección de datos

Responsable del tratamiento: Mutua Midat Cyclops, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 1 (MC MUTUAL).

Finalidad y legitimidad del tratamiento: Cumplimiento de las actividades encomendadas como Entidad Colaboradora con la Seguridad Social, en orden a la tramitación de dicha solicitud, conforme a la legislación vigente. Sin estos datos no podrá realizarse dicha tramitación.

Destinatarios de los datos: Los datos no serán objeto de cesión a terceros ajenos, salvo el supuesto de la remisión a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social o, en su caso, a la Dirección General de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social para comprobar la información facilitada, además de los supuestos de autorización expresa del interesado o en virtud de la aplicación de una Ley que lo ampare. **Plazo de conservación de los datos:** El tiempo necesario para cumplir con las obligaciones y responsabilidades derivadas de la actividad de colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

Ejercicio de derechos: Puede acceder, rectificar, oponerse, suprimir sus datos y ejercer sus demás derechos mediante escrito dirigido a MC MUTUAL, previa identificación, a Avda. Josep Tarradellas, 14-18, 08029 Barcelona, o al correo electrónico del Delegado de Protección de Datos, dpdatosmc@mc-mutual.com. También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos. **Más información:** www.mc-mutual.com/protecciondedatos