

 <p><b>Junta de Andalucía</b> Consejería de Turismo, Regeneración, Justicia y Administración Local Dirección General de Oficina Judicial y Fiscal</p>	<b>PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES</b>		<b>F-P-VS 03-01</b>
	Edición: 1	Fecha: mayo 2021	Página 1 de 1
<p><b>TÍTULO: ADAPTACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO PARA LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD</b></p> <p><b>ANEXO I. PARTE DE COMUNICACIÓN DE EMBARAZO Y PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL</b></p>			

### 1. DATOS DE LA PERSONA EMPLEADA

APELLIDOS Y NOMBRE:			
DNI:		PUESTO DE TRABAJO:	
ÓRGANO / UNIDAD / SERVICIO:		CENTRO DE TRABAJO:	
EMAIL:		TELÉFONO TRABAJO:	TELÉFONO PERSONAL:

### 2. DATOS DE LA COMUNICACIÓN

La persona cuyos datos figuran en este documento manifiesta que se encuentra en la situación abajo indicada, lo que pone en conocimiento de ese Servicio de Personal a los efectos de adaptación de las tareas y condiciones de su puesto de trabajo y consiente la intervención del Área de Vigilancia de la Salud del Centro de Prevención de Riesgos Laborales

EMBARAZO (indique semana): .....  
 PARTO RECIENTE (indique fecha): .....  
 LACTANCIA NATURAL (INDICAR FECHA PROBABLE DE PARTO) .....

ESTIMANDO QUE TIENE UNA SUSCEPTIBILIDAD, FRENTE A LOS SIGUIENTES RIESGOS:

BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS REALIZADAS HABITUALMENTE:

SEÑALAR CON UNA X LA QUE PROCEDA:

- ¿UTILIZA PRODUCTOS QUÍMICOS? NO  SI  Indique cuáles:.....
- ¿ESTÁ EN CONTACTO CON AGENTES BIOLÓGICOS? NO  SI  Indique cuáles:.....
- ¿ESTÁ EXPUESTA A RADIACIONES IONIZANTES? NO  SI
- ¿REALIZA TRABAJO NOCTURNO O A TURNOS? NO  SI  Turno Nocturno
- ¿REALIZA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS? NO  SI
- ¿PASA MUCHO TIEMPO DE FORMA CONTINUADA SENTADA? NO  SI  ¿DE FORMA CONTINUADA DE PIE? NO  SI
- ¿CONDUCE DURANTE LA JORNADA LABORAL? NO  SI
- ¿TRABAJA DE CARA AL PÚBLICO? NO  SI
- ¿ESTÁ EXPUESTA A OTROS RIESGOS? NO  SI  Indique cuáles: .....
- ¿APLICA LAS MEDIDAS PREVENTIVAS QUE APARECEN EN LA EVALUACIÓN DE RIESGOS? NO  SI
- ¿ESTA EXPUESTA A SITUACIONES DE RUIDO POR ENCIMA DE 80 dBA? NO  SI
- ¿ESTA EXPUESTA A SITUACIONES EN QUE PUEDA SUFRIR AGRESIONES? NO  SI
- OTROS:

### 3. LUGAR, FECHA Y FIRMA

En ..... a ..... de ..... de .....

LA PERSONA TRABAJADORA

Fdo.: .....