

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO DE LA TRABAJADORA EMBARAZADA O EN PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL

Junto al presente certificado deberá acompañar:

1. Evaluación del puesto de trabajo

(Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales). Los riesgos deben aparecer debidamente **descritos, valorados y acreditados de manera específica**, en la forma que se desprende del art. 26.1 en relación con el 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La evaluación de riesgos deberá comprender la determinación de la **naturaleza, el grado y la duración de la exposición** a agentes, procedimientos o condiciones certificados.

2. Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo

(Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

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 295/09, de 6 de marzo, en caso de existir posibles **contradicciones o indicios de connivencia** para la obtención de la prestación.

A cumplimentar por la empresa

1. DATOS DEL DECLARANTE

Nombre	Primer apellido	Segundo apellido	DNI-NIE-TIE
Cargo	Empresa		Código de Cuenta de Cotización
Domicilio		Localidad	Provincia
Código Postal	Teléfono	Correo electrónico	

2. DATOS DE LA SOLICITANTE

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI-NIE-TIE
Número Seguridad Social	Puesto de trabajo		Categoría profesional
Jornada			
Completa <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Indique el horario en ambos casos _____			
Descansos			
¿La trabajadora puede realizar pausas cuando lo precise?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Principales tareas del puesto			
Descripción de las tareas más frecuentes en la jornada laboral. Indicar tiempo efectivo en la tarea o % en la jornada. NO indicar los riesgos.			Habitual Tiempo o %
			Ocasional
Tarea 1	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 2	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 3	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 4	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarea 5	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas que se van a adaptar a la trabajadora gestante			
Tarea 1			
Tarea 2			
Tarea 3			
Tarea 4			

Sustitución de la trabajadora gestante

¿La trabajadora va a ser sustituida en su puesto de trabajo?: SI NO

Describe los riesgos asociados a las tareas del puesto de trabajo

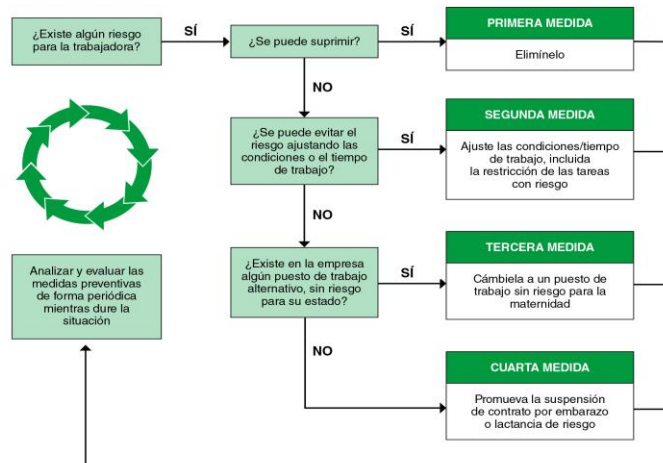
Indique los riesgos que considera asociados a las tareas de la trabajadora	Indique las medidas preventivas adoptadas para la protección del embarazo. <i>(Art. 26 Ley Prevención de Riesgos Laborales)</i>
<p>Manipulación manual de cargas:</p> <p>Tipo de manipulación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empuje/Arrastre <input type="checkbox"/> • Transporte <input type="checkbox"/> • Ascenso/Descenso <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Uso de medios auxiliares (transpaletas, carros, etc) <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto de trabajo <input type="checkbox"/> <p>Indicar.....</p>
<p>Posturas forzadas:</p> <p>Tipo de postura forzada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bipedestación: <input type="checkbox"/> • Deambulación <input type="checkbox"/> • Sedestación <input type="checkbox"/> • Flexión del tronco >60° <input type="checkbox"/> • Otras..... 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación de tareas <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto de trabajo <input type="checkbox"/> <p>Indicar:</p>
<p>Ruido: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí deberá aportar mediciones asociadas al puesto de trabajo y tiempo de exposición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> <p>Indicar.....</p>
<p>Radiaciones ionizantes: <input type="checkbox"/></p> <p>Lleva dosímetro: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí deberá aportar dosimetría</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Adaptación de tareas <input type="checkbox"/> • Otras.....
<p>Vibraciones de cuerpo entero o mano-brazo: <input type="checkbox"/></p> <p>Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí deberá aportar mediciones asociadas al puesto de trabajo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Sustitución del equipo/máquina por otro que no produce vibraciones <input type="checkbox"/> • Otras.....
<p>Exposición a frío/calor extremo: <input type="checkbox"/></p> <p>Puntual <input type="checkbox"/> Continuada <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí deberá aportar mediciones frío / calor: temperatura, humedad y tiempo de exposición / valoración de estrés térmico (acorde a la UNE-EN ISO 11079:2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Medidas Preventivas
<p>Exposición a agentes químicos: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí deberá aportar las fichas técnicas de los productos químicos y medición de Valores Ambientales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Protección individual <input type="checkbox"/> <p>Indicar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protección colectiva (campana extractora, cámara flujo laminar,...) <input type="checkbox"/> <p>Indicar</p>

<p>Exposición a agentes biológicos: <input type="checkbox"/></p> <p>Si la respuesta es Sí la trabajadora deberá aportar la serología específica (Guía Médica para la Valoración del Riesgo durante el Embarazo. INSS)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación del riesgo <input type="checkbox"/> • Adaptación del puesto <input type="checkbox"/> • Otras.....
<p>Otros riesgos no especificados en los apartados anteriores:</p>	

En consecuencia **DECLARO** que:

Artículo 26 LPRL	1. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha sido posible eliminar los riesgos anteriormente indicados por los siguientes motivos :
	2. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha sido posible adaptar las condiciones de trabajo o el tiempo de trabajo por los siguientes motivos :
	3. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ha sido posible reubicar a la trabajadora a otro puesto exento de riesgos por los siguientes motivos :
	4. NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> existe en la empresa ningún puesto de trabajo exento de riesgo

Artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales



Fuente: Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo

Muy importante:

1. El presente documento es una **declaración por parte del empresario firmante**, siendo él mismo, el único responsable legal de la **veracidad de su contenido**.
2. Será imprescindible rellenar todos los campos.
3. El abajo firmante declara que son **exactos y veraces los datos** contenidos en el presente documento y que **no ha ocultado u omitido** dato, hecho o circunstancia alguna **que pueda influir en la correcta valoración** de la concesión de esta prestación de la Seguridad Social.
4. En caso de que la empresa pueda (Artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales) ajustar las condiciones o el tiempo de trabajo o, en su defecto, reubicar a la trabajadora embarazada o en período de lactancia a un puesto de trabajo exento de riesgo, podrá **reducir en un 50% las cotizaciones a la Seguridad Social por Contingencias Comunes**.

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

Firma del responsable de la empresa (adjuntar fotocopia del DNI) y sello

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dpd@umivaleactiva.es. **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a **umivale Activa** en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGOSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a **umivale Activa**, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un correo electrónico a la siguiente dirección: dpd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.