

INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

(A rellenar por el pediatra del SPS)

A efectos de admitir a trámite la solicitud de la Prestación por Riesgo Laboral durante el embarazo o lactancia. (**Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo**, por la que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2, y **Real Decreto 295/2009**, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2).).

1. DATOS DEL FACULTATIVO

Dr./Dra.		
Médico del Servicio Público de Salud de		
Colegiado nº.	Especialista en	
El facultativo firmante declara que son exactos y veraces los datos contenidos en el presente informe médico y que no ha ocultado u omitido dato, hecho o circunstancia alguna que puedan influir en la valoración del riesgo durante la lactancia natural. (<i>Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 307 ter.</i>)	Sello hospital / Centro salud/...../..... Fecha y firma del facultativo

2. DATOS DE LA TRABAJADORA SOLICITANTE

Nombre y apellidos			
DNI		Fecha del parto/...../.....
En situación de lactancia natural certifica que			
<input type="checkbox"/> El hijo está recibiendo lactancia materna exclusiva en el momento actual <input type="checkbox"/> El hijo no recibe lactancia materna desde la fecha/...../.....			

....., a de de 20

Información sobre protección de datos personales

Responsable: **umivale Activa** Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** dgd@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: dgd@umivaleactiva.es. **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.