

SOLICITUD DE CERTIFICADO MÉDICO SOBRE LA EXISTENCIA DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

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.

Puede solicitar cita previa en el centro asistencial de FREMAP más cercano, a través del gestor de FREMAP que tiene asignada su empresa o del teléfono 902 373 627, donde aportará esta documentación ya cumplimentada. Asimismo, puede remitirla por correo y esperar a la citación de FREMAP.

MUY IMPORTANTE: EL CERTIFICADO MÉDICO QUE 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

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI - NIE - TIE				
Fecha de nacimiento	Núm. de teléfono	Teléfono móvil		Dirección de correo electrónico		Núm. afiliación a la Seguridad Social				
Domicilio (calle o plaza) a efectos fiscales						Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad			Provincia						
Trabajadora de alta en Seguridad Social (tachar tantas casillas como proceda)										
Trabajadora por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Trabajadora del SETA <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> Autónoma que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores									
Trabajadora por cuenta ajena (tipo de contrato)	<input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Fijo discontinuo (fin de campaña) <input type="checkbox"/> Eventual (fin de contrato) <input type="checkbox"/> A tiempo parcial									

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 esta fecha: Fecha prevista de parto: ¿Es embarazo gemelar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Riesgo durante la lactancia natural: Fecha del parto: Fecha de finalización del permiso de maternidad: ¿Se ha optado por que el otro progenitor disfrute parte del permiso de maternidad? <small>(si se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al otro progenitor)</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
--	---

Señale los procesos de incapacidad temporal que haya iniciado o mantenido en los últimos seis meses

Fecha de la baja médica	Fecha del alta médica	¿La baja tuvo relación con su situación de embarazo o lactancia?
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

(si ha contestado que sí ha tenido algún proceso de incapacidad temporal relacionado con su situación de embarazo o lactancia, le rogamos aporte la información médica de que disponga en la revisión con el facultativo de FREMAP)

3.2 TRABAJADORAS POR CUENTA PROPIA

DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL			
Actividad del negocio		Nombre comercial	
Código cuenta cotización		Dirección de correo electrónico	Teléfono
Domicilio (calle o plaza y número)		Código postal	Localidad Provincia
Describa con detalle las funciones que realiza			
Indique el número de trabajadores por cuenta ajena de su empresa	Indique el número de autónomos que trabajan en su misma empresa	¿Las funciones que Vd. realiza también las desarrollan otros trabajadores por cuenta ajena o autónomos de su empresa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Describa cómo ha procurado adaptar sus funciones a su actual estado			
Indique por qué ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de sus funciones			

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 Fremap 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.

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

Firma de la solicitante.

**CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD
DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO**

D/D^a
 con DNI-NIE-TIE en calidad de
 del organismo o empresa con núm de código de cuenta de
 cotización y domicilio
 núm Localidad C. postal Provincia
 Teléfono Correo Electrónico

DECLARA que: D^a. socia trabajadora/trabajadora/TRADE ⁽¹⁾ de
 esta empresa con núm. de la Seguridad Social y DNI-NIE-TIE

1.- Realiza las siguientes actividades y que las condiciones del puesto de trabajo son

.....

.....

.....

2.- Su categoría profesional es de

3.- Que los riesgos durante la situación de embarazo o lactancia natural, que se contemplan en la evaluación realizada por el servicio de prevención, son los siguientes (deberán describirse los riesgos con detalle, siendo preciso acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora la evaluación del puesto de trabajo)⁽²⁾.

.....

.....

.....

4.- Que el puesto de trabajo desempeñado es de los que⁽³⁾ figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha confeccionado la empresa, previa consulta con los representantes de los trabajadores (la relación deberá acompañar a la solicitud de certificado médico de la trabajadora)⁽⁴⁾.

5.- Las actuaciones desarrolladas para intentar adaptar las condiciones o el tiempo de trabajo han sido las siguientes:

.....

.....

.....

6.- En base a estas actuaciones, la adaptación de las condiciones o del tiempo del trabajo⁽³⁾ ha sido posible, por lo que⁽²⁾ pueden influir negativamente en la salud de la trabajadora, del feto o del lactante. En su caso, la imposibilidad de adaptación se ha debido a las siguientes razones (describir detalladamente):

.....

.....

.....

..... a de de 20

(firma y sello de la empresa)

(1) Táchese lo que no proceda
 (2) Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
 (3) Indicar SÍ o NO
 (4) Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA SOLICITUD

- Escriba con claridad y en letras mayúsculas.
- Solicite el asesoramiento y ayuda del personal de FREMAP ante cualquier duda.
- 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.

DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE CON ESTA SOLICITUD

- 1.- Fotocopia (por ambas caras) de DNI.
- 2.- En el caso de trabajadoras embarazadas, informe del médico del Servicio Público de Salud que acredite la situación de embarazo y la fecha probable del parto.
- 3.- 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.
- 4.- En el caso de las trabajadoras por cuenta ajena:
 - 4.1 - Certificado de la empresa, que se adjunta a este formulario, sobre la actividad que desarrolla y las condiciones de su puesto de trabajo.
 - 4.2 - Evaluación del puesto de trabajo, que le facilitará su empresa ("Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 16.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales").
 - 4.3 - Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo, que le facilitará su empresa (este apartado llevará una nota al pie del recuadro que indique "Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo 26.2 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales").
- 5.- En el caso de las trabajadoras por cuenta propia:
 - 5.1 - Fotocopia de los últimos tres recibos del abono de las cuotas al RETA.
 - 5.2 - Si la trabajadora presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil, el certificado que se adjunta deberá ser cumplimentado por el administrador de la sociedad. Si la trabajadora es autónoma económicamente dependiente (TRADE), la declaración deberá hacerla el representante legal del cliente. En los demás casos de trabajadoras por cuenta propia, no deberá cumplimentarse dicho certificado.

SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA DE FREMAP

Puede solicitar cita previa en el centro asistencial de FREMAP más cercano, a través del gestor de FREMAP que tiene asignada su empresa o del teléfono **902 373 627**, dónde aportará esta documentación ya cumplimentada. Asimismo, puede remitirla por correo y esperar a la citación de FREMAP.

A la revisión médica de la mutua deberá comparecer con toda la información médica de la que disponga en relación con su gestación o lactancia natural.

FREMAP INFORMA

Este documento, junto con el resto de los que integren el expediente tramitado por FREMAP, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma.

La trabajadora estará obligada a comunicar a FREMAP cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho al subsidio.

En particular, en el caso de la prestación económica por riesgo durante el embarazo:

- El inicio del descanso por maternidad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.
- La interrupción del embarazo.

Y, en el supuesto de la prestación económica por riesgo durante la lactancia natural:

- La interrupción de la lactancia natural.
- Cumplir el hijo los nueve meses de edad.
- La reincorporación al trabajo anterior o a otro compatible.
- La extinción del contrato de trabajo o la baja en el RETA.

El incumplimiento de esta obligación reglamentaria pudiera dar lugar a la declaración como indebido del subsidio percibido en el período correspondiente, con la respectiva obligación de reintegro, incluso a través de la vía de apremio a cargo de la Tesorería General de la Seguridad Social.

Los datos de carácter personal incluidos en este formulario serán incorporados a un fichero automatizado del que es titular FREMAP, MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 61, con el fin de gestionar las prestaciones de contingencias profesionales o comunes en el ámbito de aplicación de la gestión de la Seguridad Social, siendo los destinatarios de la información, además de FREMAP, aquellas entidades que tengan competencia y control en los servicios derivados de estas prestaciones.

De acuerdo con la Ley 15/1999, Ud. podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a FREMAP, Carretera de Pozuelo nº 61. Majadahonda (Madrid).