

**CERTIFICADO DE EMPRESA SOBRE LA ACTIVIDAD
DESARROLLADA Y LAS CONDICIONES DE TRABAJO
(NO CUMPLIMENTAR EN EL CASO DE EMPLEADAS DEL HOGAR)**

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

DECLARA que D^a trabajadora / socia 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 (Indicar SI o NO) 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) [\(2\)](#).
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 (Indicar SI o NO) ha sido posible, por lo que (Indicar SI o NO) 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. Para tachar las opciones selecciona el texto con el cursor, pincha el botón derecho del ratón y selecciona la opción tachar texto que aparece en el desplegable de opciones. [\(Volver\)](#)

(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. [\(Volver al punto 3 o volver al punto 4\)](#)

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 (“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. De no aportarse los recibos correspondientes al mes en que se suspenda la actividad o la de los dos meses previos a éste, se presumirán abonados pero la mutua deberá proceder a comprobarlo con posterioridad, reclamando en su caso las prestaciones indebidamente percibidas.
 - 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.
6. En el caso de empleadas del hogar:
 - 6.1 Contrato de trabajo.
 - 6.2 Certificado del titular del hogar familiar, que se adjunta a este formulario, sobre la actividad desarrollada y las condiciones de su puesto de trabajo.

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 900 61 00 61, 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).

Mediante la firma de esta solicitud, Vd. autoriza expresamente a FREMAP a comunicar a su empresa el acuerdo correspondiente de reconocimiento o denegación del derecho solicitado a la prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, con objeto de que por parte de la misma pueda darse cumplimiento a las obligaciones previstas para la empresa en la normativa vigente.