

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

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

| | | |
|----------------------------|-------------------------|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Nombre |
| DNI/NIE/Pasaporte | | Número de afiliación a la Seguridad Social |
| Fecha de nacimiento | Teléfono | Email |
| Dirección | | |
| Localidad | Código Postal | Provincia |

TRABAJADORA DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Trabajadora por cuenta propia:

Autónoma que presta sus servicios en una sociedad cooperativa o sociedad laboral o mercantil

Trabajadora del SETA

TRADE

Ninguno de los anteriores

Trabajadora por cuenta ajena (tipo de contrato):

Fijo

Fijo discontinuo (fin de campaña)

Eventual (fin de contrato)

A tiempo parcial (horas al mes)

Empleada del hogar (tipo de relación laboral):

Interna Externa

Jornada completa Tiempo parcial (horas al mes)

Un hogar familiar Varios hogares familiares

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:

Riesgo durante el embarazo

Semana de gestación a esta fecha _____ **Fecha prevista de parto** _____

¿Es embarazo gemelar? SI NO

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? SI NO

Si se indica que sí, deberá consignarse la fecha en la que se extinguirá el permiso de maternidad cedido al progenitor



**Mutua
Montañesa**
Muy fácil

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

Fecha de la baja médica

Fecha de alta médica

**¿La baja tuvo relación con su
situación de embarazo o lactancia?**

SI **NO**

SI **NO**

SI **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).



**Mutua
Montañesa**
Muy fácil

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL O PROFESIONAL

3.1 Trabajadora por cuenta ajena y empleadas del hogar

| | | |
|----------------------------------|------------------------------------|------------------|
| Razón social | | |
| Tipo de contrato | Código Cuenta de Cotización | |
| Domicilio de la actividad | | |
| Localidad | Código Postal | Provincia |

Describa con detalle las funciones que realiza:

| |
|--|
| |
|--|

Describa cómo se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado:

| |
|--|
| |
|--|

Indique por qué se ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de su puesto de trabajo:

| |
|--|
| |
|--|

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 MUTUA MONTAÑESA cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____ a _____ de _____ de _____.

FIRMA

3.2 Trabajadora por cuenta propia

DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

| | | | |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------|--|
| Actividad de negocio | | Nombre comercial | |
| Código Cuenta de cotización | E-mail | Teléfono | |
| Domicilio | | | |
| Localidad | Código Postal | Provincia | |

Describa con detalle las funciones que realiza y los riesgos para el embarazo o la lactancia natural a los que puede estar expuesta:

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|--|---|
| Indique el número de trabajadores por cuenta ajena de su empresa | |
| Indique el número de autónomos que trabajan en su empresa | |
| ¿Las funciones que Vd. realiza también las desarrollan otros trabajadores por cuenta ajena de su empresa? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

Describa cómo se ha procurado adaptar su puesto de trabajo a su actual estado:

| |
|--|
| |
|--|

Indique por qué se ha considerado no procedente o insuficiente la adaptación de su puesto de trabajo:

| |
|--|
| |
|--|

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 MUTUA MONTAÑESA cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo.

En _____ a _____ de _____ de _____.

FIRMA

Información sobre Protección de Datos de Carácter Personal.

En cumplimiento del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos), le informamos que sus datos personales serán tratados por:

Responsable del Tratamiento de Datos: MUTUA MONTAÑESA, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 7, CIF: G39008321
Domicilio social: calle Ataúlfo Argenta, 19, 39004-Santander.
Delegado de Protección de Datos: dpo@mutuamontanesa.es

Finalidad del tratamiento: Los datos personales facilitados por usted serán susceptibles de tratamiento estrictamente confidencial, con la exclusiva finalidad de que Mutua Montañesa pueda prestar los servicios a los que se encuentra obligado de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, y en particular la asistencia sanitaria y el abono, en su caso, de las prestaciones económicas que puedan corresponder.

Le informamos que sobre la base de estos datos no se elaborarán perfiles ni se tomarán decisiones automatizadas.

Los datos solicitados en el formulario son estrictamente necesarios para la correcta ejecución de los servicios prestados por parte de MUTUA MONTAÑESA.

Conservación de los datos: Los datos proporcionados se conservarán durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales y en función de los deberes de conservación específicamente contemplados en la legislación vigente.

Base legal: La base legal para el tratamiento de sus datos personales reside las competencias conferidas a la Mutua en su condición de Entidad Colaboradora con la Seguridad Social.

Destinatarios: Adicionalmente se le informa de que el responsable del fichero, en el marco de la finalidad anteriormente indicada, podrá ceder sus datos personales a:

- Las Autoridades laborales y de la Seguridad Social, en el marco de sus competencias.
- Compañías aseguradoras, en los casos en que sea necesario en función de la naturaleza de la asistencia prestada, proveedores de servicios externos vinculados a la prestación de asistencia sanitaria, peritaje y desarrollo de actividades para la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, como por ejemplo, a profesionales médicos independientes, laboratorios externos, etc.
- Las mutuas integrantes de SUMA INTERMUTUAL en el marco de la colaboración regulada mediante los convenios suscritos entre las distintas Mutuas que componen dicha asociación.
- Otras Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con las que se tenga suscrito el correspondiente acuerdo o convenio de asistencia sanitaria.
- Administraciones Públicas sanitarias.
- Sociedades de Prevención que presten servicios a nuestros Mutualistas, a los exclusivos fines de que puedan cumplir con sus obligaciones legales. En ningún caso la información facilitada podrá contener datos que no resulten de interés para realizar las funciones que les son propias (por ejemplo, no se transmitirán datos relativos a tratamientos, resultado de pruebas etc. cuando los mismos no resulten relevantes para actividad preventiva)

El tratamiento y las cesiones de sus datos anteriormente indicadas son imprescindibles para poder prestar la asistencia sanitaria correspondiente y, en su caso, abonar las prestaciones económicas que correspondan.

Derechos: Tiene el derecho de acceder a sus datos y solicitar la rectificación y/o borrado de los datos personales o la restricción del tratamiento de éstos. Asimismo, tiene derecho a oponerse al tratamiento de sus datos y a solicitar su la portabilidad.

Para ejercer sus derechos, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos mediante carta dirigida a C/Ataúlfo Argenta 19 -39004 Santander-, o al email dpo@mutuamontanesa.es.

Tiene el derecho de presentar una reclamación a la Autoridad de Control, esto es, la Agencia Española de Protección de Datos, a la cual puede acceder mediante el siguiente enlace:

<https://www.agpd.es/portalwebAGPD/CanalDelCiudadano/derechos/index-ides-idphp.php>