



SOLICITUDE DE AVALIACIÓN DE RISCOS DO POSTO DE TRABALLO PARA A SOLICITACIÓN DA PRESTACIÓN DE RISCO DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL

PERSOA QUE REALIZA A SOLICITUDE:

Consellería:

Centro de traballo/ Unidade administrativa:

Posto de traballo:

Nome e apelidos:

DNI:

Teléfono:

Correo electrónico:

MOTIVO DA SOLICITUDE:

☐ Risco para o embarazo

☐ Risco para a lactación natural

ENDEREZO A EFECTOS DE COMUNICACIÓN:

Enderezo:

Código postal:

Localidade:

AUTORIZACIÓN PARA A COMUNICACIÓN Á XUNTA DE GALICIA DA CONDICIÓ DE TRABALLADORA ESPECIALMENTE SENSIBLE

AUTORIZO libre e voluntariamente a que o Servizo de Prevención de Riscos Laborais da Xunta de Galicia, ou no seu caso o servizo de prevención alleo, informe ao Servizo de Persoal da miña consellería e/ou á persoa responsable do meu centro de traballo da miña situación co obxecto de que se poida garantir o establecido no Art. 26 da Lei 31/1995 de prevención de riscos laborais onde se establecen as directrices para a protección da maternidade.

Lugar e data: _____, __ de _____ de _____

Asdo.: _____

CONSELLERÍA DA PRESIDENCIA, XUSTIZA E DEPORTES
SECRETARÍA XERAL TÉCNICA
SUBDIRECCIÓN XERAL DE COORDINACIÓN DE SERVIZOS TRANVERSAIS
SERVIZO DE PREVENCIÓN DE RISCOS LABORAIS