

Sol·licitud empresarial sobre la situació de risc durant l'embaràs

1. Dades de l'empresa

Núm. CASS:

Nom comercial:

2. Dades del propietari i/o propietària

Societat/Entitat:

Núm. CASS del propietari / representant:

Cognoms i nom del propietari / representant:

El representant actua en qualitat de: Administrador President Apoderat

3. Notifico

Que la treballadora d'aquesta empresa fa una activitat que pot suposar un risc per a la mare o el fetus i que és tècnicament i objectivament impossible el canvi de lloc de treball.

4. Dades de la mare

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

CNO:

Descripció de lloc de treball:

5. Accepto

Que em dono per assabentat dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol error, inexactitud o falsedat en aquesta declaració donarà lloc a les responsabilitats administratives, civils i penals corresponents.

6. Em dono per assabentat que

La CASS farà còpia d'aquest expedient i que aquesta còpia serà tramesa a Inspecció de Treball als efectes escaients.

7. Adjunto la documentació següent

Passaport, document d'identitat de la persona sol·licitant	
Informe d'avaluació dels riscos laborals per a la treballadora d'acord amb l'art. 31 de la Llei 34/2008, del 18 de desembre, de seguretat i salut en el treball.	
Informe sobre les mesures de seguretat preses per protegir la treballadora amb l'art. 31 de la Llei 34/2008, del 18 de desembre, de seguretat i salut en el treball i l'art. 75 de la Llei 35/2008, del 18 de desembre, del Codi de relacions laborals..	
Declaració dels llocs de treball de l'empresa i persones que els cobreixen.	
Altres [especifiqueu-lo]	

8. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad.

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recaptin, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

9. Signatura

[Nom i cognoms i signatura de la mare]

[Nom i cognoms i signatura persona responsable de l'empresa]

Espai reservat a la CASS

Acord mèdic de la CASS

Favorable

Desfavorable

Signatura i segell del metge / de la metgessa

Data d'inici:

Data de fi: