

## 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. Notificació

---

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:

Tasques que realitza:

## 5. 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]	

## 6. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliteu mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



## 7. Signatura

Declaro que les dades declarades en aquest formulari són exactes i que les mantindré actualitzades.

[Nom i cognoms i signatura persona titular]

**Lloc:**

**Data**

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:	