

Sr/Sra. _____
con DNI-NIE-TIE _____ en calidad de _____
del organismo o empresa _____ con núm. de código de cuenta
de cotización _____ y domicilio _____
núm. _____ Localidad _____
CP _____ Provincia _____

DECLARA que:

_____ ,

socia trabajadora trabajadora

de esta empresa, con núm. de la Seguridad Social _____ y DNI-NIE-TIE _____

1. Lleva a término las actividades siguientes y que las condiciones del puesto de trabajo son:

2. Su categoría profesional es la de _____

3. Su horario de trabajo es:

4. Que el riesgo específico durante el embarazo lactancia natural es de¹

5. Las acciones destinadas a adaptar los riesgos laborales detectados han sido

6. Que el puesto de trabajo que ocupa es de los que ² figuran como exentos de riesgo en la relación de puestos de trabajo que ha elaborado la empresa, previa consulta de los representantes de los trabajadores.

_____, _____ de _____ de 20 _____

(firma y sello de la empresa)

Director centro asistencial / oficina de Asepeyo _____

¹ Especificar el tipo de riesgo
² Indicar SÍ o NO

Junto al presente certificado deberá acompañar:

1. Evaluación del puesto de trabajo

(Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo **16.2** de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

2. Relación de puestos de trabajo exentos de riesgo

(Disposición adicional segunda del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo y artículo **26.2** de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales).

La prestación no se percibirá si los riesgos no aparecen debidamente **descritos, valorados y acreditados de manera específica en relación con el embarazo /lactancia**, en la forma que se desprende del art. **26.1** en relación con el 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. La evaluación de riesgos deberá comprender la determinación de la **naturaleza, el grado y la duración de la exposición** a agentes, procedimientos o condiciones certificados (Tribunal Supremo, STS 2259/2011, STS 2264/2011, STS 1961/2011, STS 2270/2011).

Este documento podrá ser utilizado por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a efectos de emitir el informe previsto en los artículos **39.6** y **47.6** del RO 295/09, de 6 de marzo, en caso de existir posibles contradicciones o indicios de connivencia para la obtención de la prestación. En este supuesto, el plazo para resolver se suspenderá durante un periodo máximo de quince días.