

Solicitud de cambio de puesto-funciones en caso de embarazo o lactancia

Dña. _____ con DNI _____, trabajadora de _____, con categoría profesional de _____, informa de la necesidad de desempeñar un puesto de trabajo o funciones compatibles con la situación de (*embarazo / lactancia natural*) , al estar sometida a condiciones de trabajo que puedan influir negativamente en la (*gestación / lactancia natural*) , según consta en certificado médico emitido por _____.

SOLICITO, según lo establecido en la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, cambio de (*funciones / puesto de trabajo*) por encontrarme en una de las siguientes situaciones protegidas:

Riesgo por embarazo

Riesgo por lactancia natural

Trabajadora	CLINICA
Firmado: D./Dña. _____	Firmado: D./Dña. _____
Responsable de prevención	
Firmado: D./Dña. _____	