
 JUNTA DE ANDALUCÍA	DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE	P-VS 02: PROCEDIMIENTO PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO AL PERSONAL ESPECIALMENTE SENSIBLE Y PARA LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y DE LA LACTANCIA NATURAL.		
		Edición: 1.0	Fecha:	Página 1 de 2
F-PVS02-13: PARTE DE COMUNICACIÓN DE EMBARAZO O DE PERIODO DE LACTANCIA NATURAL.				

1 DATOS DE LA EMPLEADA PÚBLICA.			
NOMBRE Y APELLIDOS:			
DNI :	PUESTO DE TRABAJO:		
UNIDAD / SERVICIO:	CENTRO DE TRABAJO:		
CORREO ELECTRÓNICO:	TELÉFONO TRABAJO:	TELÉFONO PARTICULAR (opcional):	
<input type="checkbox"/> RÉGIMEN ESPECIAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LOS FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO. <input type="checkbox"/> RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.			

2 DATOS DE LA COMUNICACIÓN.	
MOTIVO DE LA COMUNICACIÓN:	
<input type="checkbox"/> EMBARAZO (INDICAR FECHA PROBABLE DEL PARTO): <input type="checkbox"/> PARTO RECIENTE (INDICAR FECHA): <input type="checkbox"/> LACTANCIA NATURAL (INDICAR EDAD DEL LACTANTE): <input type="checkbox"/> PRÓRROGA DE LICENCIA. POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL.	
DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA (marcar lo que proceda):	
<input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO QUE ACREDITE LA SITUACIÓN DE EMBARAZO Y LA FECHA PROBABLE DEL PARTO O LA SITUACIÓN DE LACTANCIA NATURAL. <input type="checkbox"/> OTRA: (La documentación de carácter médico se entregará en sobre cerrado con el nombre de la persona solicitante escrito en lugar visible).	
SEÑALAR CON UNA "X" LO QUE PROCEDA:	
1.	¿UTILIZA PRODUCTOS QUÍMICOS? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Indique cuáles:
2.	¿ESTÁ EN CONTACTO CON PRODUCTOS BIOLÓGICOS? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Indique cuáles:

 JUNTA DE ANDALUCÍA	DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE	P-VS 02: PROCEDIMIENTO PARA LA ADAPTACIÓN DE LOS PUESTOS DE TRABAJO AL PERSONAL ESPECIALMENTE SENSIBLE Y PARA LA PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD Y DE LA LACTANCIA NATURAL.		
		Edición: 1.0	Fecha:	Página 2 de 2
F-PVS02-13: PARTE DE COMUNICACIÓN DE EMBARAZO O DE PERIODO DE LACTANCIA NATURAL.				

2	DATOS DE LA COMUNICACIÓN.
3. ¿ESTÁ EXPUESTA A RADIACIONES IONIZANTES? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 4. ¿REALIZA TRABAJO NOCTURNO Y/O A TURNOS? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> Turno Nocturno <input type="checkbox"/> 5. ¿REALIZA MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS (PESO, TRASLADO PERSONAS ENFERMAS...)? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 6. ¿OCUPA PUESTO DE TRABAJO ITINERANTE O COMPARTE CENTROS? NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 7. BREVE DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS PROFESIONALES REALIZADAS HABITUALMENTE:	
LA EMPLEADA PÚBLICA QUE FIRMA ESTE DOCUMENTO ASEGURA QUE SON CIERTOS CUANTOS DATOS APARECEN Y SOLICITA SE INICIE EL CORRESPONDIENTE TRÁMITE A FIN DE DETERMINAR LA EXISTENCIA O NO DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O DURANTE LA LACTANCIA NATURAL.	

3	LUGAR, FECHA Y FIRMA.
En a de de Fdo.:	