ANEXO II: Comunicación de una situación de embarazo/ parto reciente / o lactancia natural de trabajadoras docentes o que auxilie en la docencia.

1. Datos personales y profesionales:	Nº Expediente:
Nombre y Apellidos:	
D.N.I.:	Teléfono /e-mail:
Domicilio:	
Localidad	Provincia:
Cuerpo y especialidad:	
Centro de servicio:	
Localidad:	Provincia:
Funcionaria de carrera	Nº de Seguridad Social:
Funcionaria interina	
Laboral	Especialidad/
	Categoría profesional de personal laboral:
2. Solicitud de valoración de riesgo en el puesto de trabajo en relación con las	
siguientes circunstancias:	
Embarazo. Indicar semana de gestación	
Parto reciente. Indicar fecha	
Adjunto información del médico que me asiste en el embarazo, indicando el periodo de gestación, la fecha posible del parto y/o recomendaciones por riesgo clínico.	
Comunico que estoy de alta, con el fin de poder comprobar las condiciones de trabajo de mi puesto.	
3. Breve cuestionario de las tareas realizadas habitualmente:	
 a. ¿Realiza itinerancia? SÍ NO NO Si NO NO Si NO NO NO NO NO NO NO NO NO N	
Con esta solicitud no se debe aportar ningún informe médico.	
A través de este documento el Inspector Médico podrá requerir a la solicitante cuanta documentación considere oportuna para el estudio del caso y citarla posteriormente para someterse a un reconocimiento médico efectuado por el Servicio de Prevención.	
La abajo firmante presta su consentimiento a la Administración para el tratamiento y la solicitud de la información que pueda necesitarse para resolver está solicitud.	
	En ,a de de 20
Fdo.:	
Dirigido a la Delegación Provincial de Educ	cación, Cultura y Deportes en…