

Responsable de RRHH

DEP/RES

**COMUNICACIÓN SITUACIÓN EMBARAZO/PARTO RECIENTE/LACTANCIA**

DATOS DE LA TRABAJADORA		
Nombre y apellidos		
Matrícula		
Teléfono		
Subgrupo profesional		
Sociedad		
Centro de trabajo		
SITUACIÓN COMUNICADA	<ul style="list-style-type: none"><li>• EMBARAZO</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• PARTO RECIENTE</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• PERIODO DE LACTANCIA</li></ul>	
NO	Se adjunta certificación emitida por un médico de atención primaria, médico especialista en ginecología y obstetricia, o pediatría en el caso del periodo de lactancia.	
SI		
Firma de la trabajadora:	Firma del responsable de Recursos Humanos:	
Fecha:	Nombre y apellidos:	
	Cargo:	
	Fecha de recepción:	

EJEMPLAR PARA LA TRABAJADORA/ EJEMPLAR PARA LA EMPRESA