



Solicitud de evaluación del pto por riesgo embarazo o lactancia

Start Complete

Apellidos *

Nombre *

Centro *

Departamento *

Área *

Puesto de Trabajo *

Teléfono de contacto *

Correo Electrónico *

Nombre del Responsable del Centro, Servicio, Unidad, Proyecto... *

Semana de embarazo *

Observaciones *

Indique todo lo que considere necesario que conozca el técnico de prevención, p.e.: si trabaja en otra empresa, si considera que puede adaptarse su puesto de trabajo, etc.

Enviar