

NOTIFICACIÓN DEL EMBARAZO

A/A del Departamento de Recursos Humanos.

Nombre y apellidos de la trabajadora:

DNI/NIE: Puesto de trabajo:

**Centro: Empresa: FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN
SANITARIAS DE LA REGIÓN DE MURCIA.**

CCC: 30/113141455

Por el presente documento notifico voluntariamente que estoy embarazada y autorizo a que mis datos puedan ser tratados por los componentes de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y por el Servicio de Prevención, de la misma, con la finalidad de que se puedan aplicar las medidas preventivas de protección a la maternidad que existen en la legislación vigente, de acuerdo con el artículo 26 de la LPRL.

Así mismo, si fuera necesario modificar las actividades a realizar en mi puesto de trabajo o se tuvieran que adoptar medidas organizativas, autorizo a que mi situación de embarazo sea comunicada a la Dirección de la FFIS, así como al /responsable/investigador/ tutor de la unidad/área/departamento donde presto mis servicios.

Datos de interés:

Mes de gestación en el momento actual:

Fecha prevista del final de la gestación:

En a de del

Firmado digitalmente por la persona trabajadora: