



INFORME MÉDICO DEL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD

Riesgo durante la lactancia natural

Página 1 de 1

(A rellenar por el facultativo de atención primaria en el SPS o pediatra).

A efectos de admitir a trámite la solicitud de la Prestación por Riesgo Laboral durante el embarazo o lactancia. (Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, por la que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, artículo 31 y 49 apartado 2).

DATOS DEL FACULTATIVO

Sr./Sra.

Médico del Servicio Público de Salud de

Colegiado nº.

Especialista en

Fecha y firma del facultativo/...../.....

DATOS DE LA TRABAJADORA SOLICITANTE

Sr./Sra.

DNI

EN SITUACIÓN DE LACTANCIA NATURAL CERTIFICA QUE

El hijo está recibiendo lactancia materna exclusiva en el momento actual

CONSIDERACIONES SOBRE LOS RIESGOS LABORALES Y LA LACTANCIA NATURAL

En cuanto a la exposición ocupacional, según la información de que dispone, qué condiciones de trabajo o riesgos específicos para a lactancia considera que pueden perjudicar la lactancia materna:

....., a de de 20