

PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE EVALUACIÓN DEL RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO O LACTANCIA NATURAL

Toda trabajadora embarazada o en periodo de lactancia natural tiene derecho, en cumplimiento del artículo 26 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, **a que se evalúe su puesto de trabajo** con la finalidad de detectar aquellos factores que pudieran influir negativamente en su salud.

Para dar cumplimiento a este derecho, el equipo directivo **deberá facilitar, a toda docente embarazada o en periodo de lactancia natural**, en el mismo momento que tengan conocimiento de la situación de embarazo o lactancia, **la solicitud-formulario que figura a continuación** para que pueda iniciarse la tramitación del Informe de Evaluación del riesgo laboral correspondiente; evaluación que será realizada por técnicos del **Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Principado de Asturias** (SPRLPA, C/ Independencia, 35 Entrepanta 33004 – Oviedo Tf: 985966493 Fax: 985964330).

Una vez cumplimentada, **esta solicitud-formulario ha de ser remitida por el centro educativo**, con el conocimiento y autorización del Director/a, **a través del correo electrónico del centro** a la siguiente dirección:

prevencion@asturias.org

Es necesario **adjuntar** en el correo enviado el **horario de la trabajadora** junto con la solicitud-formulario.

El **Informe del SPRLPA** contendrá los factores de riesgo laboral para el embarazo o lactancia natural en el puesto de trabajo y las recomendaciones y semanas a partir de las cuales determinados factores pueden suponer un riesgo para la salud.

Una vez recibido el Informe de Evaluación de riesgo laboral en la Consejería de Educación, se remitirá a la Dirección del centro educativo dicho informe para su conocimiento y traslado a la interesada. Si de los resultados y conclusiones del mismo se derivase la imposibilidad de adaptación del puesto de trabajo y la inexistencia de un puesto compatible, **la docente podrá solicitar personalmente la Certificación Médica correspondiente de baja por riesgo laboral** durante el embarazo o lactancia natural:

- Si es funcionaria docente de carrera: a su médico o facultativo del Sistema de Seguridad Social o Entidad Médica concertada con quien tenga elegida la protección de asistencia sanitaria.
- Si es funcionaria docente interina: a la Mutua Ibermutuamur (C/Julio Álvarez Mendo, 8 Oviedo 33010, en las intermediaciones del HUCA, Tf: 985236350 Fax: 985274976).

SOLICITUD DE INFORME DE EVALUACIÓN DE RIESGO LABORAL DURANTE EL EMBARAZO/LACTANCIA NATURAL

REF.: (a rellenar exclusivamente por SPRLPA)

MUY IMPORTANTE: No utilices comillas (“”). No utilices saltos de párrafo cuando necesites escribir más de una línea (NO UTILIZAR INTRO),

1.- IDENTIFICACIÓN DE LA TRABAJADORA

NOMBRE Y APELLIDOS	
DNI	
TELÉFONO CONTACTO	
ENTIDAD MUTUAL	
ESTADO BIOLÓGICO	
SEMANA DE GESTACIÓN (*)	

(*) en el momento de la solicitud

2.- IDENTIFICACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

CUERPO	
ESPECIALIDAD	
CENTRO DE TRABAJO	
DIRECCIÓN	
RESPONSABLE DEL CENTRO	
TELÉFONO DEL CENTRO	
E-mail DEL CENTRO	

3.- ANÁLISIS DEL PUESTO DE TRABAJO

3.1 JORNADA LABORAL

HORARIO (horas de permanencia en el centro) (ej. De 9:00 a 14:00 y de 17:00 a 19:00)	
L	
M	
X	
J	
V	

HORAS de DOCENCIA (en número)		
Semanales		
Diarias		
Indicar en caso variación diaria	L	
	M	
	X	
	J	
	V	

ITINERANTE	
Centros en los que imparte docencia	
Kilómetros semanales que realiza	

3.2. FUNCIONES Y TAREAS DESARROLLADAS

DOCENCIA						
ASIGNATURA	CURSO	CENTRO (1)	Nº ALUMNOS (en número)	CARACTERÍSTICAS ESPECIALES (2)		
				(2.1)	(2.2)	(2.3)

(1) Indicar en caso de puestos itinerantes.

(2) Indicar **sólo en caso** de que existan alumnos cuyas necesidades especiales **impliquen un mayor esfuerzo** por parte del docente (*requieran contención, levantar, sujetar, etc.*).

2.1 Consignar número de alumnos con necesidades motóricas

2.2 Consignar número de alumnos con necesidades psíquicas

2.3 Seleccionar en el desplegable SI/NO en función de la disponibilidad de personal auxiliar de apoyo

FUNCIONES HABITUALES			
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
Otras (especificar)			
FUNCIONES PERIÓDICAS			
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
Otras (especificar)			
FUNCIONES ESPORÁDICAS			
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		10	
11		12	
Otras (especificar)			

3.3. EQUIPOS DE TRABAJO

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
Si utilizas algún material deportivo indícanos a continuación de qué se trata:	
Si utilizas material de logopedia, indícanos de qué se trata:	
Si utilizas instrumentos musicales, identifícalos:	
Señala equipos de laboratorio que utilices en tus clases:	
Señala los equipos de taller que utilices en tus clases:	
Otros (especificar)	
¿Es necesaria la manipulación y/o transporte de algunos de los equipos citados anteriormente?	
Indica a continuación, cuáles de esos equipos debes transportar, con qué frecuencia y si dispones de medios auxiliares o ayuda de otras personas para hacerlo:	

3.4. VEHÍCULOS

Otros (especificar)

3.5. PRODUCTOS QUÍMICOS

Reactivos de laboratorio (relaciónalos a continuación)

Productos en talleres (relaciónalos a continuación)

Productos de limpieza/desinfección (relaciónalos a continuación)

Otros (especificar)

3.6. EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL

Otros (especificar)

4.- CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE TRABAJO

Breve descripción del centro			
Nº plantas (<i>incluir planta baja</i>)		¿Dispone de ascensor?	
¿Están adaptados los baños de Educación Infantil?			
Situación de las aulas en las que imparte docencia			
AULA o ASIGNATURA	PLANTA	¿ES NECESARIA LA RECOGIDA Y ENTREGA DE ALUMNOS EN SU AULA?	
OTROS ESPACIOS A LOS QUE ACCEDE HABITUALMENTE (*)			PLANTA
Otros datos de interés			
<i>Indicar otras características de su centro de trabajo que crea que pueden influir negativamente en su estado de embarazo/lactancia (puede utilizar este espacio para aclarar alguno de los extremos de la descripción anterior)</i>			

(*) Ej. Sala de profesores, despacho departamento, patio, secretaría....

5.- ACTIVIDAD LABORAL

Número de días a la semana que dedica a las funciones siguientes:		
Vigilancia de recreos	Comedor	Recogida de alumnos en transporte

¿Sospecha que puede existir exposición a niveles elevados de ruido?. En caso afirmativo explique el motivo a continuación:

--

6.- OTROS DATOS DE INTERÉS

Indicar datos que a su juicio pueden influir negativamente en su estado de embarazo/lactancia natural

Los datos anteriores son los existentes en la actualidad en el puesto de trabajo indicado, y se aportan con el fin de que a partir de los mismos y otras consideraciones el Servicio de Prevención evalúe el riesgo laboral durante el embarazo/lactancia natural

¡MUY IMPORTANTE!

Recordar que es necesario adjuntar en el correo el horario de la trabajadora junto con esta solicitud.

REVISAR QUE NO HAYAS UTILIZADO "INTRO" AL ESCRIBIR MÁS DE UNA LÍNEA, ASÍ COMO QUE NO HAYAS UTILIZADO COMILLAS ("").

ENVÍA ESTE ARCHIVO EN SU FORMATO ORIGINAL (NO LO CONVIERTAS A PDF).