

ANEXO I (PPRL-301)

COMUNICACIÓN SITUACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA CON POSIBLES RIESGOS

COMUNICACIÓN SITUACIÓN DE EMBARAZO O LACTANCIA CON POSIBLES RIESGOS

Nombre: _____

Puesto de Trabajo _____

Años de antigüedad en el puesto:

Tlf: _____ **Correo electrónico:** _____

¿Se ha realizado la Vigilancia de la salud ofrecida por la Universidad?:

SI	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

NO	<input type="checkbox"/>
----	--------------------------

En caso afirmativo indicar la fecha:

Departamento/Servicio al que pertenece:

Director/Jefe:

Tlf: _____ **Correo electrónico:** _____

Indicar las posibles situaciones o agentes de riesgo del Anexo:

En _____ a _____ de _____ de _____

ENVIAR