
	SISTEMA DE GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: P-PRL-08
	PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD	VERSIÓN: 02 FECHA: 02-2024

ANEXOIII: INFORME DE ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI
Cargo	Empresa		CIF
Domicilio del centro de trabajo			
Teléfono		Correo electrónico	
DATOS DE LA TRABAJADORA			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	DNI
Centro de trabajo	Puesto de trabajo		N.º Seguridad Social

DECLARA

<input type="checkbox"/> RIESGOS IDENTIFICADOS EN EL PUESTO DE TRABAJO <i>(Se adjunta informe de la Unidad del SPRL)</i>	
<input type="checkbox"/> Que se ha procedido a la adaptación de las tareas siguientes	
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

	SISTEMA DE GESTIÓN DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	CÓDIGO: P-PRL-08
	PROCEDIMIENTO DE PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD	VERSIÓN: 02 FECHA: 02-2024

<input type="checkbox"/> Que no resulta técnica u objetivamente posible llevar a cabo la adaptación/cambio de puesto de la trabajadora por los motivos siguientes (indique aquellas tareas que no es posible evitar)	
Tareas que no es posible evitar	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
Motivos	<input type="checkbox"/> Por tratarse de tareas esenciales del puesto de trabajo
	<input type="checkbox"/> Por falta de plantilla suficiente para poder redistribuir las tareas propias de la trabajadora y dar cobertura a las necesidades asistenciales de su área
	<input type="checkbox"/> Por tratarse de recurso único para la realización de las tareas
	<input type="checkbox"/> Por tratarse de un contrato exclusivo de guardias o jornadas de 17h
	<input type="checkbox"/> Por imposibilidad de aplicar las medidas preventivas suficientes para evitar la exposición y garantizar la seguridad y salud de la trabajadora o su descendencia
	<input type="checkbox"/> Por otras circunstancias:
PERSONA DECLARANTE	
Fecha	Firma