

S.C.

Nr...../Data

INFORMARE **privind protectia maternitatii la locul de munca**

Prin prezenta, in conf. cu art.6 alin.(2) din Ordonanta de urgenta a Guvernului nr.96/2003 privind protectia maternitatii la locurile de munca, aprobata cu modificari si completari prin **Legea nr.25/2004**, aducem la cunostinta doamnei, nascuta la data de....., avand CNP....., cu domiciliul in judetul, localitatea....., str....., nr....., avand profesia de, angajata in unitatea noastra in functia de, si care ocupa locul de munca din sectia(atelier,compartiment)....., faptul ca in urma evaluarii locului sau de munca au fost constatate urmatoarele :

1.la locul dumneavoastra de munca,si anume....., exista / nu exista riscuri pentru sanatatea sau securitatea dumneavoastra in perioada de maternitate;

2.riscul este scazut/mediu/crescut,fiind reprezentat de:

- agenti fizici,biologici,chimici,procedee,conditii de munca.....;

3.conform rezultatelor Raportului de evaluare nr.....din data de..... riscul existent poate/nu poate aduce prejudicii evolutiei sarcinii,sanatatii fatului/copilului sau sanatatii salariatei gravide/care alapteaza;

4.perioada de sarcina in care supunerea la risc este total interzisa este:

-in primele saptamani.....

-in ultimele luni.....

-sau.....;

5. in vederea protectiei sanatatii si securitatii dumneavoastra:

-au fost luate urmatoarele masuri suplimentare

-dvs .aveti obligatia de a indeplini urmatoarele

6. pentru protectia sanatatii si securitatii dumneavoastra la locul de munca in perioada de maternitate vi se vor modifica:

a) programul de munca:.....;

b) conditiile de munca:.....;

c)locul de munca,fiind repartizata la.....;

7. mentionam ca nu este posibil ca pentru protectia sanatatii si securitatii sa fie efectuata nici o schimbare mentionata la pct.6 din urmatoarele motive.....

8.avand in vedere cele mentionate la pct.1-7, medicul de medicina muncii recomanda / nu recomanda concediu de risc maternal pe o perioada de.....

pana la eliminarea riscului existent pentru evolutia sarcinii, sanatatii fatului/copilului sau sanatatii salariatei gravide/care alapteaza.

Semnatura angajatorului si stampila unitatii

.....

Data.....

Semnatura si parafa medicului

.....

Data.....

Am primit,

Semnatura salariatei.....

Data

