

## Solicitud de Evaluación de Riesgos de Puesto de Trabajo

D. \_\_\_\_\_ mayor de edad con DNI

en nombre y representación de la empresa

con CIF \_\_\_\_\_ y centro de trabajo en

SOLICITO a GRUPO DE PREVENCIÓN Y SOLUCIONES LABORALES, S.L.  
como Servicio de Prevención Ajeno que realice la evaluación del puesto  
de trabajo especialmente sensible por la situación de

embarazo  lactancia de la trabajadora Dña.

\_\_\_\_\_ con DNI

y puesto de trabajo de \_\_\_\_\_ con categoría  
profesional

Para ello COMUNICO que las tareas del puesto de trabajo que  
actualmente desarrolla la trabajadora son las siguientes (indicarlas  
detalladamente):

Con el siguiente horario

Existencia de turnos

Semanas de gestación o lactancia

Fecha probable de parto

Firmando la presente solicitud en \_\_\_\_\_ a