

Nr. _____ Data _____

I N F O R M A R E

privind protecția maternității la locul de muncă

Prin prezenta, în conformitate cu art. 6 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 96/2003 privind protecția maternității la locurile de muncă, aprobată cu modificări și completări prin Legea nr. 25/2004, aducem la cunoștință doamnei _____, născută la data de _____, având CNP _____, cu domiciliul în județul _____, localitatea _____, str. _____, nr. _____, angajată în unitatea noastră în funcția de _____, secția (atelier, compartiment etc.) _____, faptul că în urma evaluării locului său de muncă au fost constatate următoarele:

1. la locul dumneavoastră de muncă, există/nu există riscuri pentru sănătatea sau securitatea dumneavoastră în perioada de maternitate;
2. riscul este scăzut/mediu/crescut, fiind reprezentat de:
 - agenți fizici, biologici, chimici, procedee, condiții de muncă
 - _____;
 - _____;
3. conform rezultatelor Raportului de evaluare nr. _____ din data de _____, riscul existent poate/nu poate aduce prejudicii evoluției sarcinii, sănătății fătului/copilului sau sănătății salariatei gravide/care alăptează;
4. perioada de sarcină în care supunerea la risc este total interzisă este:
 - în primele săptămâni
 - ultimele luni
 - sau _____;
5. în vederea protecției sănătății și securității dumneavoastră:
 - au fost luate următoarele măsuri suplimentare:
_____;
 - dumneavoastră aveți obligația de a îndeplini următoarele:
_____;
6. pentru protecția sănătății și securității dumneavoastră la locul de muncă în perioada de maternitate vi se vor modifica:
 - a) programul de muncă:
_____;

b) condițiile de muncă:

_____;

c) locul de muncă, fiind repartizată la

_____;

7. menționăm că nu este posibil ca pentru protecția sănătății și securității să fie efectuată nici o schimbare menționată la pct. 6, din următoarele motive:

8. având în vedere cele menționate la pct. 1 - 7, medicul de medicina muncii recomandă/nu recomandă concediu de risc maternal pe o perioadă de _____, până la eliminarea riscului existent pentru evoluția sarcinii, sănătății fătului/copilului sau sănătății salariatei gravide/care alăptează.

Semnătura angajatorului și ștampila unității

Semnătura și parafa medicului

Data: _____

Data: _____

Am primit,

Semnătura salariatei _____

Data: _____