

COMUNICADO DEL ESTADO DE GESTACIÓN/ PERIODO DE LACTANCIA NATURAL

En _____, a ____ de _____ de 20__

La trabajadora

Nombre:	
Apellidos:	
DNI / NIE:	

que presta sus servicios en:

Puesto de Trabajo:		
Centro de Trabajo: (marcar uno)	☐	Oficinas Son Bugadelles
	☐	Centro Ses Barraques (Medioambiente y/o Taller)
	☐	EDAR Santa Ponça (Ciclo del Agua)

Informa a la empresa Calvia 2000, S.A. de:

☐	Su estado de gestación de (tiempo):		Semanas.
--------------------------	-------------------------------------	--	----------

☐	Su estado de periodo de lactancia natural	Fecha nacimiento de hijo:	
--------------------------	---	---------------------------	--

Con la finalidad de dar cumplimiento a la Protección de la Maternidad, según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Firma de la Trabajadora:

--