

COMUNICACIÓN DE ESTADO DE EMBARAZO O PERÍODO DE LACTANCIA NATURAL

DATOS PERSONALES	
NOMBRE Y APELLIDOS:	
NIF:	TELÉFONO PARTICULAR:
CORREO ELECTRÓNICO:	
CENTRO DE TRABAJO:	
CÓDIGO DEL CENTRO:	Nº TELÉFONO DEL CENTRO:
PUESTO DE TRABAJO	DOCENTE: CUERPO/ESPECIALIDAD:
	PERSONAL ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS (PAS): CATEGORÍA PROFESIONAL:
RÉGIMEN DE COTIZACIÓN	RÉGIMEN GENERAL SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/>
	Otro (Régimen Especial Seguridad Social MUFACE) <input type="checkbox"/>

COMUNICACIÓN
Declaro encontrarme en situación de: <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Período de lactancia natural
A efectos de comunicación a la Administración educativa para el inicio del procedimiento de protección de la maternidad.
Se adjunta en sobre cerrado la información médica pertinente

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo.: La Trabajadora

Márquese lo que proceda:

- DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAL – Servicio de Gestión de Recursos Humanos
- SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA - Servicio de Recursos Humanos

*Ejemplar para el Servicio de Recursos Humanos de la Secretaría General Técnica
Rev. 1.1 20/02/2015*

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el/la interesado/a queda informado/a de que los datos personales recogidos a través de este formulario serán objeto de un tratamiento automatizado e incorporados al correspondiente fichero de base de datos del que el Gobierno de Canarias es titular responsable. El interesado queda igualmente informado sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.