

Antetul unității  
Nr. .... data.....

## MODEL - INFORMARE 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. ...., având profesia de ....., angajată în unitatea noastră în funcția de ..... și care ocupă locul de muncă ..... din secția (atelier, compartiment etc.)....., faptul că în urma evaluării locului său de muncă au fost constatate următoarele:

1. la locul dumneavoastră de muncă, și anume ....., există/nu există riscuri pentru sănătatea sau securitatea dumneavoastră în perioada dematernitate;

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;

\*) Se completează de către angajatori pe documente proprii, întocmite conform modelului.

4. perioada de sarcină în care supunerea la risc este total interzisă este:

- în primele săptămâni [] .....

- în ultimele luni [] .....

- sau .....

5. în vederea protecției sănătății și securității dumneavoastră:

- au fost luate următoarele măsuri

suplimentare:.....;(se vor enumera în ordinea priorității)

- dumneavoastră aveți obligația de a îndeplini

următoarele:.....;(se vor enumera în ordinea priorității)

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 Semnătura și parafa medicului ștampila unității.....

Data ..... Data .....

Am primit,

Semnătura salariatei.....Data .....------