

**INFORMARE PRIVIND PROTECȚIA MATERNITĂȚII LA LOCUL DE MUNCĂ**  
**SC.....**

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 cunoștința 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 dvs. de muncă, și anume....., există/ nu există riscuri pentru sănătatea sau securitatea dvs. în perioada de maternitate;
2. riscul este scăzut/ mediu/ crescut, fiind reprezentat de:
  - agenți fizici:.....
  - agenți chimici:.....
  - agenți biologici:.....
  - 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 expunerea la risc este total interzisă este:
  - în primele săptămâni:.....
  - în ultimele luni:.....
  - sau:.....
5. În vederea protecției sănătății și securității dvs.:
  - au fost luate următoarele măsuri suplimentare:
    - dispensarizare prin medicul de întreprindere
    - .....
    - .....
  - dvs. aveți obligația de a îndeplini următoarele:
    - să aduceți în copie Xerox fișa anexă de gravidă, de la medicul de familie, conform legii
    - să vă prezentați la controalele medicale periodice prin medicul de familie și specialist
    - .....
6. Pentru protecția sănătății și securității dvs. 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 dvs. să fie efectuată nici o schimbare menționată la punctul (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 copilului sau sănătății salariatei gravide/ care alăptează.

**Observații:**

- Pentru starea de boală se va acorda de către medicul curant certificat medical având "cod de boală", NU se acordă concediu de risc maternal fără recomandarea în scris a medicului de medicina muncii.
- **Dacă medicul de medicina muncii indică concediu de risc maternal, medicul de familie/medicul specialist obstetrică-ginecologie vor emite certificat medical având la cod de indemnizare "15" și la cod de boală "risc maternal"**

Semnătura angajatorului și ștampila unității,

.....

Semnătura și parafa medicului,

.....

Data:.....

Data:.....

**Am primit un exemplar, semnătura salariatei,**

.....

**Data:.....**

RAPORT DE EVALUARE REFERITOR LA FEMEIA GRAVIDĂ ȘI/ SAU CARE ALĂPTEAZĂ

nr...../ .....

UNITATEA: ..... din .....  
Adresa unității: ..... Tel. ....  
Nr. adresă de înștiințare din partea unității: .....  
ANGAJATA:  
Numele și prenumele: .....  
Data nașterii: ..... CNP: .....  
Adresa: Județul: ..... Localitatea: .....  
Str..... Nr .....  
Postul de muncă: ..... Secția .....

**Analiza ergonomică a activității supuse evaluării (se completează de către angajator):**

- locul de muncă/ postul ocupat: .....
- pozitia: sezand/ ortostatism/ mixta; alte: .....
- mișcări de : aplecare/ răsucire/ torsiune a corpului; alte: .....
- mișcări repetitive: da/ nu: .....
- substanțe chimice manipulate: .....
- .....
- agenți fizici.....
- alte riscuri:.....
- alergizante/ iritante ale pielii:.....
- condiții de microclimat:.....
- iluminat:.....
- descrierea activității .....
- .....
- .....

Semnătura angajatorului și ștampila unității,

Data:.....

.....

**Agenți, procedee de lucru, condiții de lucru identificate drept pericole pentru sănătatea salariații gravide/ care a născut recent/ care alăptează, respectiv a fătului sau copilului născut:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

**Justificarea alegerii procedeeelor sau agenților care sunt indetificați ca periculoși pentru sănătatea angajatei și/ sau fătului , copilului:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....

**Durata, intensitatea, frecvența, natura expunerii la agenți a salariații la locul de muncă:**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....
- 8.....

**Măsurile de prevenire care trebuie aplicate pentru reducerea riscului la nivelul cel mai scăzut posibil:**

- limitarea ridicării și purtării de greutate;
- asigurarea confortului termic;
- alocarea de pauze suplimentare în funcție de nevoile individuale, pauze stabilite de către însăși femeia gravidă și/ sau care alăptează în funcție de rezistența proprie;
- limitarea efortul mental astfel încât să asigure confort femeii gravide și/ sau care alăptează;
- pauze în poziție șezând
- exerciții fizice ușoare în pauze
- timpul de muncă de ..... ore/ zi, fără efectuare de ore suplimentare;
- expunerea la zgomot sub limita maximă admisă;
- angajata să nu lucreze în schimb de noapte;
- efortul fizic în limitele toleranței individuale;
- femeia gravidă și/sau care alăptează să nu fie expusă la noxe chimice dăunătoare fătului și/ sau femeii gravide și/ sau care alăptează.....
- control periodic – dispensarizare - prin medicul de întreprindere
- .....
- .....
- alte măsuri : .....

**Recomandare cu privire la schimbarea locului de muncă:**

- schimbarea locului de muncă locul de muncă recomandat .....  
se recomandă schimbarea locului de muncă începând din.....  
condiții: .....

**Concluzia evaluării:**

Salariata poate/ nu poate ramâne la locul ei de muncă.

Locurile de muncă la care poate fi repartizată: .....

Se recomandă concediu de risc maternal:                                      da                                      nu

dacă da, începând cu:.....

pe o perioadă de:.....

**Observații:**.....

.....

• .....

- Pentru starea de boală se va acorda de către medicul curant certificat medical având “cod de boală”, NU se acordă concediu de risc maternal

- **Dacă medicul de medicina muncii indică concediu de risc maternal, medicul de familie/medicul specialist obstetrică-ginecologie vor emite certificat medical având la cod de indemnizare “15” și la cod de boală “risc maternal”**

Se dispune efectuarea următoarelor examinări medicale suplimentare: .....

- Gravida va aduce în copie Xerox fișa anexă de gravidă, de la medicul de familie, conform legii
- Să se prezinte la controalele medicale periodice prin medicul de familie și specialist, conform planificării

.....

.....

.....

Raportul de evaluare se înaintează:

- medicului de medicina muncii din direcția de sănătate publică teritorială;
- inspectoratului teritorial de muncă
- Comitetului de Securitate și Sanatate in Munca, Compartimentului de protectie a muncii sau responsabilului cu protectia muncii desemnat de angajator.

**Medic, semnătura, parafa,**

.....

**Data:**.....