

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O  
LA LACTANCIA NATURAL**

(Modelo para trabajadoras pertenecientes al Gobierno de Cantabria)

**1. DATOS PERSONALES**

<b>Primer apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Nombre</b>		<b>Nº de Afiliación a la S.S.</b>			
<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>N.I.F.</b>	<b>Teléfono 1</b>		<b>Teléfono 2</b>			
<b>Domicilio</b>			<b>Nº</b>	<b>Bloq.</b>	<b>Escal.</b>	<b>Piso</b>	<b>Puerta</b>
<b>Código Postal</b>	<b>Localidad</b>	<b>Provincia</b>		<b>Régimen</b>			

**2. MOTIVO DE LA SOLICITUD**

**NOTA:** La trabajadora señalará **únicamente** la opción que corresponda así como la fecha probable de parto o de nacimiento del hijo. Las fechas de suspensión y cese, serán cumplimentadas por parte de la Dirección General de Función Pública del Gobierno de Cantabria o por la Mutua Montañesa durante el procedimiento.

○ **RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**

Fecha de suspensión del contrato ..... Fecha de cese en la actividad.....

Fecha probable del parto .....

○ **RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL**

Fecha de suspensión del contrato ..... Fecha de cese en la actividad.....

Fecha nacimiento del hijo .....

**3. DATOS BANCARIOS**

<b>Entidad</b>	<b>Oficina</b>	<b>D.C.</b>	<b>Núm. cuenta</b>	<b>Banco</b>

**DECLARO**, bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a MUTUA MONTAÑESA cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse mientras perciba la prestación, incluidos la fecha de parto o en su caso la interrupción del embarazo o la fecha de finalización de la lactancia natural.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**DOCUMENTACION QUE DEBERA ACOMPAÑAR**  
**CUANDO PRESENTE LA SOLICITUD ANTE SU SECRETARÍA GENERAL**

- Informe médico del médico de atención primaria o ginecólogo del SCS acreditando la situación de embarazo.