

COMUNICADO DE PUESTOS APTOS PARA MUJERES EMBARAZADAS O EN SITUACIÓN DE LACTANCIA	
---	--

CENTRO DE TRABAJO:	
ACTIVIDAD:	

PUESTOS DE TRABAJO APTOS

1.-

2.-

3.-

4.-

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA :	FIRMA DE LOS REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES :
--	--