

DECLARACIÓ EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓ DE RISC
DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL
(SUSPENSIÓ DEL CONTRACTE)

Sr/Sra. _____
amb DNI-NIE-TIE _____ en qualitat de _____
de l'organisme o empresa _____ amb núm. de codi de compte de
cotització _____ i domicili _____
núm. _____ Localitat _____ C. postal _____ Província _____

DECLARA que: _____, sòcia treballadora / treballadora(1)
d'aquesta empresa, amb núm. de la Seguretat Social _____ i DNI-NIE-TIE _____

1.- Que en relació amb l'existència d'un altre lloc de treball compatible amb el seu estat (2) _____

2.- En conseqüència i atès que no resulta tècnicament o objectivament possible el canvi de lloc, es declara el passi
de la treballadora més amunt esmentada a la situació de suspensió del contracte de treball amb data _____

_____, _____ de/d' _____ 20 _____

Vist i plau
Mútua
Signat:
DNI:

Firma i segell de l'empresa

(1) Passeu ratlla per damunt del que no s'escaigui
(2) Declaració sobre l'existència o no d'un altre lloc compatible amb el seu estat

Director centre assistencial / oficina d'Asepeyo _____