



ASEPEYO

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y
ENFERMEDADES PROFESIONALES
DE LA SEGURIDAD SOCIAL N° 151

DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

(SUSPENSIÓN DEL CONTRATO)

D/D^a
con DNI-NIE-TIE en calidad de
del organismo o empresa con núm de código de cuenta de
cotización y domicilio
núm. Localidad C. postal Provincia

DECLARA que: D^a socia trabajadora/trabajadora⁽¹⁾ de
esta empresa con número de Seguridad Social y DNI-NIE-TIE

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado⁽²⁾

2.- En consecuencia y dado que no resulta técnica u objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el paso
de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha
....., a de de 20

VºBº Servicio de Prevención

Fdo.:

DNI:

firma y sello de la empresa

(1) Táchese lo que no proceda

(2) Declaración sobre existencia o no de otro puesto compatible con su estado