

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 _____
CP _____ Província _____

DECLARA que:

_____,
 sòcia treballadora treballadora
d'aquesta empresa, amb número 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 estat¹

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' _____ de 20 ____

- Vist i plau del Servei de Prevenció aliè
 Vist i plau de Vigilància de la salut

Signat _____
DNI _____

Signatura i segell de l'empresa

Director centre assistencial / oficina d'Asepeyo _____

¹ Declaració sobre l'existència o no d'un altre lloc compatible amb el seu estat