



## DECLARACIÓN EMPRESARIAL O DEL RESPONSABLE DEL HOGAR FAMILIAR DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Puede solicitar este trámite a través de la Sede Electrónica de la Seguridad Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado digital como con Cl@ve permanente. Si no dispone de ningún sistema de identificación electrónica, podrá realizar el trámite en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un ejemplar firmado por correo ordinario o en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social solicitando cita previa en los teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>

**Importante :** En el caso de empleadas de hogar, cumplimente únicamente los datos de la hoja ②

### 1. DATOS DE LA EMPRESA

D./D. <sup>a</sup>		DNI - NIE - pasaporte		Cargo en la empresa				
Nombre o razón social				Código de Cuenta de Cotización (CCC)				
Domicilio habitual: (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
Teléfono de contacto		Correo electrónico						

**DECLARA** que:

D.<sup>a</sup> .....  
 Trabajadora cta.ajena  Socia trabajadora  Trabajadora autónoma económicamente dependiente (TRADE) de esta empresa con núm. de Seguridad Social ..... y DNI-NIE- pasaporte .....

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

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse son los siguientes:

3.- Se acompaña informe sobre estos particulares emitido por el servicio de prevención de la empresa, propio o concertado(2):

4.- En consecuencia, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha .....

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma y sello de la empresa

(1) Declaración sobre la existencia o no de otro puesto compatible con su estado.

(2) Es obligatorio acompañar esta declaración con el informe del servicio de prevención propio de la empresa siempre que cuente con la especialidad preventiva de vigilancia de la salud, o por la entidad concertada que desarrolle para la empresa estas funciones preventivas de vigilancia de la salud.

# DECLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL HOGAR FAMILIAR DE SUSPENSIÓN DEL CONTRATO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

## 1. DATOS DEL/A EMPLEADOR/A

D./D. <sup>a</sup>		DNI - NIE - pasaporte						
En calidad de responsable del hogar familiar con núm. de Código de Cuenta de Cotización (CCC)								
Domicilio (calle, plaza ...)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad		Provincia					
Teléfono móvil		Teléfono fijo		Correo electrónico				

**DECLARA** que:

D.<sup>a</sup> .....  
 empleada de este hogar familiar con núm. de Seguridad Social ..... y DNI-NIE- pasaporte .....

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado<sup>(1)</sup>:

--

2.- Los motivos por los que el cambio de puesto de trabajo no resulta técnica u objetivamente posible, o no puede razonablemente exigirse son los siguientes:

--

3.- En consecuencia, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha .....

....., a ..... de ..... de 20.....

Firma de el/la responsable del hogar familiar

(1) Declaración sobre la existencia o no de otro puesto compatible con su estado.