



**DECLARACIÓ EMPRESARIAL O DE LA
PERSONA RESPONSABLE DE LA LLAR
FAMILIAR DE SUSPENSIÓ DEL CONTRACTE
PER RISC DURANT L'EMBARÀS
O LA LACTÀNCIA NATURAL**

Pot sol·licitar este tràmit a través de la Seu Electrònica de la Seguretat Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tant amb certificat digital com amb Cl@ve permanent. Si no disposa de cap sistema d'identificació electrònica, podrà fer el tràmit en <https://run.gob.es/tramites> o presentar un exemplar firmat per correu ordinari o en un Centre d'Atenció i Informació de la Seguretat Social sol·licitant cita prèvia en els telèfons 901 10 65 70 / 91 541 25 30 o en <https://run.gob.es/trdcita>



Important: en el cas de treballadores domèstiques, empleneu només les dades del full ② ↗

1. DADES DE L'EMPRESA

Sr./Sra.		DNI - NIE - passaport		Càrrec en l'empresa				
Nom o raó social				Codi de compte de cotització (CCC)				
Domicili habitual: (carrer, plaça...)				Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província					
Telèfon de contacte	Correu electrònic							

DECLARA que:

La Sra.
 Treballadora per compte d'altri Sòcia treballadora Treballadora autònoma econòmicament dependent (TRADE) d'esta empresa amb núm. de Seguretat Social i DNI-NIE- passaport

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

2.- Els motius pels quals el canvi de lloc de treball no és tècnicament o objectivament possible, o no pot raonablement exigir-se, són els següents:

3.- S'hi adjunta un informe sobre estes qüestions expedit pel servici de prevenció de l'empresa, propi o concertat(2):

4.- En conseqüència, es declara el pas de la treballadora esmentada a la situació de suspensió del contracte de treball amb data

....., de/d' de 20

Firma i segell de l'empresa

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

(2) És obligatori acompanyar esta declaració de l'informe del servici de prevenció propi de l'empresa, sempre que tinga l'especialitat preventiva de vigilància de la salut, o de l'entitat concertada que faça per a l'empresa estes funcions preventives de vigilància de la salut.

DECLARACIÓ DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA LLAR FAMILIAR DE SUSPENSÍO DEL CONTRACTE PER RISC DURANT L'EMBARÀS O LA LACTÀNCIA NATURAL

1. DADES DE L'OCUPADOR/A

Sr./Sra.		DNI - NIE - passaport						
En qualitat de responsable de la llar familiar amb número de codi de compte de cotització (CCC)								
Domicili (carrer, plaça ...)				Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat		Província					
Telèfon mòbil		Telèfon fix		Correu electrònic				

DECLARA que:

La Sra.
treballadora d'esta llar familiar amb número de Seguretat Social i DNI-NIE- passaport

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

--

2.- Els motius pels quals el canvi de lloc de treball no és tècnicament o objectivament possible, o no pot raonablement exigir-se, són els següents:

--

3.- En conseqüència, es declara el pas de la treballadora esmentada
a la situació de suspensió del contracte de treball amb data

....., de/d' de 20

Firma de la persona responsable de la llar familiar

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