

Sr/Sra. _____
con DNI-NIE-TIE _____ en calidad de _____
del organismo o empresa _____ con núm. de código de cuenta
de cotización _____ y domicilio _____
núm. _____ Localidad _____
CP _____ Provincia _____

DECLARA que:

_____,

socia trabajadora trabajadora

de esta empresa, con número de la Seguridad Social _____ y DNI-NIE-TIE _____

1. Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado¹

2. En consecuencia y al no resultar técnicamente o objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el pase de la trabajadora más arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha _____

_____, ____ de _____ de 20 ____

- Visto bueno del Servicio de prevención externo
 Visto bueno Vigilancia de la salud

Firmado _____

DNI _____

Firma y sello de la empresa

Director centro asistencial / oficina de Asepeyo _____

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