



Declaración empresarial de suspensión de contrato por imposibilidad de reubicación

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 ajeno
- 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