

Declaración de la empresa sobre la inexistencia de puestos de trabajo compatible

D./Dña. [redacted] con
DNI/NIE/Pasaporte [redacted] en calidad de [redacted] del organismo o
empresa [redacted], con CIF número
[redacted] Código de Cuenta de Cotización número [redacted] y
domicilio en [redacted] núm. [redacted] en la localidad de
[redacted], provincia de [redacted] y con Código Postal [redacted]

DECLARA

Que Dña. [redacted]
trabajadora de esta empresa con DNI/NIE/Pasaporte [redacted] y número de la Seguridad
Social [redacted] como trabajadora por cuenta ajena

- Que su puesto de trabajo consiste en [redacted]
- Que en relación a su puesto de trabajo actual, existe otro puesto de trabajo compatible con su estado:
 SÍ NO (marcar la que proceda)
- Que a pesar de la existencia de otro puesto de trabajo, concurre (1) :
 - A. Imposibilidad técnica u objetiva SÍ NO (marcar la que proceda)
 - B. No poder exigirse razonablemente por motivos justificados SÍ NO (marque la que proceda)
Exlique en qué consiste la misma
[redacted]

- Que la fecha en la que la empresa ha decidido suspender la relación laboral es (2) : [redacted]

En [redacted] a [redacted] de [redacted] de [redacted]

Vº Bº representante del Servicio de Prevención
(Vigilancia de la Salud)

Se adjunta informe anexo SÍ NO

Firma y sello de la empresa

(1) En caso de que concurren los motivos de la letra A y B, debe completarse ambos apartados

(2) Indicar el día siguiente al último día abonado por la empresa

Este documento podrá ser utilizado por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social a efectos de emitir el informe previsto en los artículos 39.6 y 47.6 del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, en caso de existencia de posibles contradicciones o indicios de connivencia para la obtención de la prestación. En este supuesto, el plazo para resolver se suspenderá durante un periodo máximo de quince días.