



### DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

(SUSPENSIÓN DEL CONTRATO)

D/Dª ..... con DNI-NIE-TIE ..... en calidad de ..... del organismo o empresa ..... con núm de código de cuenta de cotización ..... y domicilio ..... núm. .... Localidad ..... C. postal ..... Provincia .....

DECLARA que: Dª ..... socia trabajadora/trabajadora(1) de esta empresa con número de Seguridad Social ..... y DNI-NIE-TIE .....

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo compatible con su estado(2) .....

2.- En consecuencia y dado que no resulta técnica u objetivamente posible el cambio de puesto, se declara el paso de la trabajadora arriba citada a la situación de suspensión del contrato de trabajo con fecha ..... , a ..... de ..... de 20 .....

INSSprensa/2007 C-038

VºBº representante del Servicio de Prevención o Mutua en su caso(3) Fdo.: DNI:

firma y sello de la empresa

(1) Táchese lo que no proceda (2) Declaración sobre existencia o no de otro puesto compatible con su estado (3) Si no se suscribe por los indicados, se debe aportar informe complementario

Sr. Director Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de .....