

DECLARACIÓN DE LA EMPRESA O DE LA TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES

Rellene este impreso de la forma más exacta posible para así facilitar el trámite de la prestación. Antes de empezar, lea detenidamente las instrucciones. Recomendamos que escriba con el ordenador para evitar errores de interpretación. Si escribe a mano, utilice letras mayúsculas y escriba con claridad.

Teléfono de contacto: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabaleaer.es

SELLO DE ENTRADA
Nº de expediente:

D./Dña. _____ con DNI/NIE/Pasaporte N° _____
que desempeña en la empresa el cargo de _____

DECLARA QUE, son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los datos personales y profesionales de la trabajadora que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA			
RAZÓN SOCIAL		CÓDIGO CUENTA COTIZACIÓN / /	
DOMICILIO COMPLETO (AVDA., CALLE, PLAZA, ...)			CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	PAÍS	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO			

2. DATOS DE LA TRABAJADORA		
APELLIDOS Y NOMBRE	Nº AFILIACIÓN S.S. / /	DNI/NIE/PASAPORTE
COLECTIVO AL QUE PERTENECE		
<input type="checkbox"/> TRABAJADORA <input type="checkbox"/> AUTÓNOMA <input type="checkbox"/> TRABAJADORA SETA <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> SOCIA TRABAJADORA/COOPERATIVISTA		

3. DATOS DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA TRABAJADORA
DECLARACIÓN EN RELACIÓN A LA EXISTENCIA DE OTRO PUESTO DE TRABAJO O FUNCIÓN COMPATIBLE CON SU ESTADO

MUTUA BALEAR. MUTUA COLABORADORA CON LA SEGURIDAD SOCIAL N.º 183. SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO. C.I.F. G 07046196

(continuación - 3. Datos de la actividad profesional trabajadora)

LOS MOTIVOS POR LOS QUE EL CAMBIO DE PUESTO DE TRABAJO O DE FUNCIONES NO RESULTA TÉCNICA U OBJETIVAMENTE POSIBLE, O NO PUEDE RAZONABLEMENTE EXIGIRSE, SON LOS SIGUIENTES:

EN RELACIÓN CON ESTOS PARTICULARES, SE ACOMPAÑA INFORME EMITIDO POR EL SERVICIO DE VIGILANCIA DE LA SALUD, PROPIO O CONCERTADO, DE LA EMPRESA (Preceptivo para las trabajadoras por cuenta ajena. No aplicable a las trabajadoras autónomas)

Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo o el cese de actividad de la trabajadora autónoma con fecha: ___ / ___ / ____

Firma y sello empresa o firma trabajadora autónoma

En _____ a _____ de _____ de 20____

Antes de firmar este formulario, debe leer la información básica sobre protección de datos que se encuentra más abajo.

La cumplimentación de todos los campos es obligatoria para la tramitación de su solicitud.

NOTA: Este documento, junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MUTUA BALEAR, podrá ser presentado por la Mutua ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social cuando se detecten contradicciones en las declaraciones y certificaciones aportadas, con objeto de que por parte de la misma se emita el informe previsto en el Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, sobre su conformidad o discrepancia en relación con las medidas adoptadas por la empresa o por la trabajadora autónoma. En estos casos, el plazo de treinta días para que Mutua Balear notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

Información básica sobre privacidad

El responsable del tratamiento es MUTUA BALEAR, MCSS 183. La finalidad es la tramitación y la gestión de su solicitud, el cumplimiento de obligaciones legales y fines de gestión de la calidad. Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso, la rectificación o supresión, la limitación del tratamiento y la portabilidad de sus datos, así como a oponerse a su tratamiento y a presentar una reclamación ante una autoridad de control. + info. sobre protección de datos y sus derechos en la política de privacidad para empresas mutualistas publicada en <https://www.mutuabaleaer.es/portal-privacidad>

