

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

(EN EL CASO DE LAS TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA, ES PRECEPTIVO ACOMPAÑAR CON ESTE DOCUMENTO EL INFORME DEL SERVICIO DE VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA EMPRESA AL QUE SE REFIERE EL APARTADO 3)

D/D^a

Con DNI-NIE-TIE		En calidad de:					
Del organismo o empresa:			Con N° CCC				
Domicilio (calle o plaza)			Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad		Provincia				
Correo Electrónico:							

Declara que:

D^a

Socia trabajadora/trabajadora/TRADE¹ de esta empresa

Con N° de la Seguridad Social

Y DNI-NIE-TIE

Como trabajadora por cuenta propia o autónoma del RETA

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado²:

¹ Táchese lo que no proceda

² Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.

NOTA: Este documento, Junto con el resto de los que integran el expediente tramitado por MUTUA, 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 notifique el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.

2.- 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:

3.- En relación con estos particulares, se acompaña informe emitido por el servicio de vigilancia de la salud, propio o concertado, de la empresa (no aplicable a las trabajadoras autónomas):

4.- Por ello, se ha decidido la suspensión del contrato de trabajo o el cese en la actividad de la trabajadora autónoma con fecha: _____

..... ade..... 20

(Firma y sello de la empresa o de la trabajadora por cuenta propia)

"L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos personales incluidos en el presente documento y los que se faciliten con posterioridad, bien por el interesado, bien por la seguridad social, se incorporarán a un fichero de MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, para la tramitación y gestión de la prestación a la que pueda tener derecho.

El interesado consiente expresamente a que Mutua Balear trate sus datos de salud, incluidos los que figuran en los historiales médicos que la entidad posee, con la finalidad indicada de tramitación y gestión de la posible prestación.

Así mismo, el interesado consiente en que sus datos, incluidos los de salud, sean comunicados a la Seguridad Social con la finalidad antes indicada.

Si el interesado facilita datos de terceros, manifiesta que dispone de su consentimiento y que trasladará a éstos la información sobre los ficheros que aquí se le facilita.

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a MUTUA BALEAR DE ACCIDENTES DE TRABAJO, C/ Bisbe Campins, 4. 07012 – Palma de Mallorca."

MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL Nº 183, SEGÚN REGISTRO OFICIAL DEL MINISTERIO DE TRABAJO, C.I.F. G 07046196