

## E.1) DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA INEXISTENCIA DE PUESTOS DE TRABAJO O DE FUNCIONES COMPATIBLES (Suspensión del contrato)

D/D<sup>a</sup> .....

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 .....

Teléfono ..... Correo Electrónico .....

**DECLARA** que:

D<sup>a</sup> ..... socia trabajadora/trabajadora/TRADE de esta empresa  
 Con núm. de la Seguridad Social ..... / ..... y DNI-NIE-TIE .....

1.- Que en relación con la existencia de otro puesto de trabajo o función compatible con su estado<sup>(1)</sup> .....

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

**La fecha del día:** .....

..... a ..... de ..... de 20 .....

Vº Bº representante del Servicio de Prevención  
 o Mutua en su caso

Fdo: .....

DNI: .....

Firma y sello de la empresa

(1) Declaración sobre existencia o no de otro puesto o función compatible con su estado.  
 (2) Si no se suscribe por los indicados, se debe aportar informe complementario (art.39.4b RD 295/2009, de 6 de marzo)