



DECLARACIÓN EMPRESARIAL SOBRE LA SITUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL (SUSPENSIÓN DEL CONTRATO)

D/D^a _____

con DNI / NIE / Pasaporte _____ en calidad de _____

del organismo o empresa _____

con número de código de cuenta de cotización _____

y domicilio _____ Núm. _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

Declara que D^a _____ Trabajadora Socia TRADE

de esta empresa con número de Seguridad Social _____ y DNI/NIE _____

1- SÍ NO existe otro puesto de trabajo compatible con su estado.

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 _____

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma y sello de la empresa

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales que facilite a Mutua Intercomarcal serán tratados de acuerdo con nuestra **política de privacidad** (www.mutua-intercomarcal.com/avisolegal) con el fin de prestarle los servicios regulados legalmente por la ley general de la Seguridad Social y normativa de desarrollo de la misma. Sus datos no serán cedidos a terceros, no estarán sometidos a transferencias internacionales y serán conservados durante los plazos legalmente establecidos. Puede ejercer de forma gratuita, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación de tratamiento y portabilidad, por correo electrónico al Delegado de Protección de Datos (lopd@mutua-intercomarcal.com) o por correo postal (Avenida Icària, 133-135 /08005 Barcelona) adjuntando una copia de su DNI o documento acreditativo equivalente.