

DECLARACIÓ DE L'EMPRESA O DE LA TREBALLADORA PER COMPTE PROPI SOBRE LA INEXISTÈNCIA DE LLOCS DE TREBALL O DE FUNCIONS COMPATIBLES

Empleni aquest imprès de la forma més exacta possible per a així facilitar el tràmit de la prestació. Abans de començar, llegeixi detingudament les instruccions. Recomanem que escrigui amb l'ordinador per tal d'evitar errors d'interpretació. Si escriu a mà utilitzi lletres majúscules i escrigui amb claredat.
Telèfon de contacte: 971 21 43 22 | Email: pagodirecto@mutuabalear.es

SEGELL D'ENTRADA

Nº d'expedient:

Sr./Sra. _____ amb DNI/NIE/Passaport Nº _____
 que desenvolupa a l'empresa el càrrec de _____

DECLARA QUE, són certes les dades relatives a l'empresa, així com les dades personals i professionals de la treballadora que a continuació es consignen:

1. DADES DE L'EMPRESA			
RAÓ SOCIAL		CODI COMPTE COTITZACIÓ / /	
DOMICILI COMPLET (AV., CARRER, PLAÇA, ...)			CODI POSTAL
LOCALITAT	PROVÍNCIA	PAÍS	TELÈFON
CORREU ELECTRÒNIC			

2. DADES DE LA TREBALLADORA		
COGNOMS I NOM	Nº AFILIACIÓ S.S. / /	DNI/NIE/PASSAPORT
COL·LECTIU AL QUAL PERTANY		
<input type="checkbox"/> TREBALLADORA <input type="checkbox"/> AUTÒNOMA <input type="checkbox"/> TREBALLADORA SETA <input type="checkbox"/> TRADE <input type="checkbox"/> SÒCIA TREBALLADORA/COOPERATIVISTA		

3. DADES DE L'ACTIVITAT PROFESSIONAL DE LA TREBALLADORA
DECLARACIÓ EN RELACIÓ A L'EXISTÈNCIA D'UN ALTRE LLOC DE FEINA O FUNCIÓ COMPATIBLE AMB EL SEU ESTAT

(continuació - 3. Dades de l'activitat professional de la treballadora)

ELS MOTIUS PELS QUALS EL CANVI DE LLOC DE TREBALL O DE FUNCIONS NO RESULTA TÈCNICA O OBJECTIVAMENT POSSIBLE, O NO POT RAONABLEMENT EXIGIR-SE, SÓN ELS SEGÜENTS:

EN RELACIÓ AMB AQUESTS PARTICULARS, S'ACOMPANYA L'INFORME EMÈS PEL SERVEI DE VIGILÀNCIA DE LA SALUT, PROPI O CONCERTAT, DE L'EMPRESA (Preceptiu per a les treballadores per compte aliè. No aplicable a les treballadores autònomes)

Per això, s'ha decidit la suspensió del contracte de treball o el cessament d'activitat de la treballadora autònoma amb data: ___/___/___

Signatura i segell empresa o signatura treballadora autònoma

A _____ el _____ de _____ de 20 _____

Abans de signar aquest formulari, ha de llegir la informació bàsica sobre protecció de dades que es troba més avall.

La complimentació de tots els camps és obligatòria per a la tramitació de la seva sol·licitud.

NOTA: Aquest document, juntament amb la resta dels que integren l'expedient tramitat per MUTUA BALEAR, podrà ser presentat per la Mútua davant la Inspecció de Treball i Seguretat Social quan es detectin contradiccions a les declaracions i certificacions aportades, amb l'objectiu que per part d'aquesta s'emeti l'informe previst al Reial Decret 295/2009, de 6 de març, sobre la seva conformitat o discrepància en relació amb les mesures adoptades per l'empresa o per la treballadora autònoma. En aquests casos, el termini de trenta dies perquè Mutua Balear notifiqui el reconeixement o denegació del dret al subsidi quedarà suspès fins a la recepció del citat informe.

Informació bàsica sobre privacitat

El responsable del tractament és MÚTUA BALEAR, MCSS 183. La finalitat és la tramitació i la gestió de la seva sol·licitud, el compliment d'obligacions legals i finalitats de gestió de la qualitat. Els interessats tenen dret a sol·licitar l'accés, la rectificació o supressió, la limitació del tractament i la portabilitat de les seves dades, així com a oposar-se al seu tractament i a presentar una reclamació davant una autoritat de control. + info. sobre protecció de dades i els seus drets en la política de privacitat per a empreses mutualistes publicada en <https://www.mutuabaleaer.es/ca/portal-privacitat>

