

Certificado empresarial de suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural y datos salariales para la prestación económica

D/Dña. _____ con DNI/NIE _____ en calidad de _____ del organismo/empresa _____
 Contacto de la empresa y cargo _____

CERTIFICA que son ciertos los datos que, respecto de la trabajadora

D/Dña. _____ con DNI/NIE _____ a continuación se consignan:

1. Indique si ha variado la actividad desarrollada o las condiciones del puesto de trabajo reflejadas en el 'Certificado empresarial sobre situación de riesgo' así como la posibilidad de adaptación del puesto o de reubicación de la trabajadora (Art 39.4.b RD 295/2009). **Sí** **No**

Si hay cambios, vuelva a cumplimentar el 'Certificado empresarial sobre situación de riesgo'.

2. En consecuencia y dado que el cambio de puesto de trabajo no resulta técnica y objetivamente posible o no pueda razonablemente exigirse por motivos justificados, se procede a la suspensión del contrato de trabajo con fecha ____ / ____ / _____

3. Base de cotización del mes anterior a la suspensión del contrato (excluyendo conceptos apdo. 4)

BASE DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES NÚMERO DE DÍAS IMPORTE DIARIO

4. Cotización por horas extraordinarias y otros*

IMPORTE TOTAL NÚMERO DE DÍAS IMPORTE DIARIO

** Deberán certificarse las cantidades cotizadas en concepto de horas extraordinarias y otras remuneraciones no prorrateadas en las bases mensuales, correspondientes a los 12 meses anteriores a la suspensión del contrato.*

En caso de contrato a tiempo parcial: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de suspensión del contrato de trabajo.

AÑO	MES	NÚMERO DE DÍAS COTIZADOS	BASE DE COTIZACIÓN DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL			<input type="text"/>

La empresa comunicará a Mutua Navarra cualquier circunstancia que implique suspensión o extinción del derecho de subsidio (Art. 35.5 o art. 50.4 RD 295/2009).

_____, a ____ de _____ de _____ (Firma y sello de la empresa)