

**COMUNICACION DE TRANSFORMACIÓN DE UN EXPEDIENTE DE REGULACIÓN DE EMPLEO
IMPEDIMENTO - LIMITACIONES**

Nº DE ERTE: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

1º Apellido		2º Apellido		Nombre		DNI	
Teléfono	Domicilio			Localidad		Provincia	
Actuando como			Asesor / Abogado			Teléfono Asesor/Abogado	

DATOS DE LA EMPRESA

Denominación				NIF/CIF			
Actividad		CNAE <small>Obligatorio: CNAE(2009) cuatro dígitos</small>		Nº Inscripción Seg. Social			
Domicilio			Localidad		Provincia		
Teléfono		Correo electrónico			Fecha de Constitución		

De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 2 del Real Decreto-ley 2/2021, de 26 de enero, de refuerzo y consolidación de medidas sociales en defensa del empleo, EXPONE:

PRIMERO.- Que la empresa está afectada por un ERTE de IMPEDIMENTO/LIMITACIÓN, autorizado en el procedimiento de referencia, como consecuencia de _____ (explicar las medidas restrictivas que justificaron el ERTE).

SEGUNDO.- Que, como esa Autoridad Laboral conoce, las anteriores medidas se han visto modificadas por _____ (explicar las medidas restrictivas que han sido modificadas), que tienen efectos desde la fecha de _____ (señalar desde que fecha se aplican las nuevas medidas restrictivas).

TERCERO.- Que, en consecuencia, es necesario el paso de la situación de **IMPEDIMENTO/LIMITACIÓN** a la de **IMPEDIMENTO/LIMITACIÓN**, como consecuencia de las modulaciones en las restricciones sanitarias adoptadas por las autoridades competentes.

Por todo ello, por medio del presente, **SE COMUNICA LA TRANSFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE DE REGULACIÓN DE EMPLEO POR IMPEDIMENTO / LIMITACIONES**, en los términos que a continuación se indican:

MEDIDAS QUE PRETENDE ADOPTAR.- (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/> SUSPENSIÓN CONTRATOS	Días continuados <input type="checkbox"/>
	Días alternos <input type="checkbox"/>
	Días de duración:
	Periodo aplicación de la medida:

<input type="checkbox"/> REDUCCIÓN DE JORNADA	Porcentaje de reducción: Cómputo: Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
	Días continuados <input type="checkbox"/>
	Días alternos <input type="checkbox"/>
	Días de duración:
Periodo de aplicación medida:	

CAUSAS JUSTIFICATIVAS DE LOS CAMBIOS EN LA REGULACIÓN DE EMPLEO

FUERZA MAYOR CAUSANTE DE IMPEDIMENTO DE LA ACTIVIDAD POR _____
 (Indique las restricciones sanitarias que impiden el ejercicio de su actividad)

FUERZA MAYOR CAUSANTE DE LIMITACIONES EN LA ACTIVIDAD POR _____
 (Indique las restricciones sanitarias que limitan el desarrollo normal de su actividad)

DATOS RELATIVOS A LA PLANTILLA DE LA EMPRESA Y AFECTADOS POR LA MEDIDA COMUNICADA

PLANTILLA ACTUAL (total empresa).....| |

TRABAJADORES AFECTADOS:

SUSPENSIÓN CONTRATOS.....| | Mujeres..| Hombres..| |
 REDUCCIÓN JORNADA.....| | Mujeres..| Hombres..| |

CENTROS TRABAJO AFECTADOS POR LA TRANSFORMACIÓN DEL EXPEDIENTE Y PROVINCIAS DONDE SE UBICAN

Centro de trabajo	Nº trabs	Nº trabs afectados	Provincia	Localidad	Domicilio

CENTROS DE TRABAJO NO AFECTADOS POR EL EXPEDIENTE Y PROVINCIAS DONDE SE UBICAN

Centro de trabajo	Nº trabs.	Provincia	Localidad	Domicilio

REPRESENTANTES DE LOS TRABAJADORES (miembros del Comité de Empresa o Delegados de Personal o miembros comisión designada o representativa conforme a lo dispuesto en el artículo 41.4 del Estatuto de los Trabajadores.)

Apellidos	Nombre	Indicar si es miembro: Comité empresa/Delegado Personal Comisión Designada o Representativa	Afectado (Si o No)

En a de de

Fdo.:

A la Autoridad Laboral de.....