

COMUNICACION DE EXPEDIENTE DE REGULACIÓN DE EMPLEO POR IMPEDIMENTO/LIMITACIONES

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

De conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto-ley 30/2020, de 29 de septiembre, de medidas sociales en defensa del empleo, el Estatuto de los Trabajadores, Texto Refundido, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, y el Real Decreto 1483/2012, de 29 de Octubre, **COMUNICA LA INICIACIÓN DEL CORRESPONDIENTE PROCEDIMIENTO DE REGULACIÓN DE EMPLEO POR IMPEDIMENTO / LIMITACIONES**, en los términos que a continuación se indican y con base en la documentación que se acompaña (adjuntar la memoria justificativa de la incidencia de las medidas y restricciones sanitarias en la actividad de la empresa):

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 LA REGULACIÓN DE EMPLEO

<input type="checkbox"/> FUERZA MAYOR CAUSANTE DE IMPEDIMENTO DE LA ACTIVIDAD POR _____
(Indique las restricciones sanitarias que impiden el ejercicio de su actividad)
<input type="checkbox"/> 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 SOLICITADA

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

TRABAJADORES AFECTADOS:

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

CENTROS TRABAJO AFECTADOS POR EL 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.....