

**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: <b>CNAE(2009)</b> 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 18/2021, de 28 de septiembre, de medidas urgentes para la protección del empleo, la recuperación económica y la mejora del mercado de trabajo, **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.....**