

COMUNICACION DE EXPEDIENTE DE REGULACIÓN TEMPORAL DE EMPLEO

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 la Ley del Estatuto de los Trabajadores, Texto Refundido, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, (B.O.E. del 24) y Real Decreto 1483/2012, de 29 de Octubre, (B.O.E. del 30) y **COMUNICA LA INICIACIÓN DEL CORRESPONDIENTE PROCEDIMIENTO DE REGULACIÓN DE EMPLEO**, en los términos que a continuación se indican y con base en la documentación que se acompaña a la presente y que constan señalados con una cruz en los recuadros correspondientes:

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"/>	ORGANIZATIVAS
<input type="checkbox"/>	PRODUCTIVAS
<input type="checkbox"/>	TÉCNICAS
<input type="checkbox"/>	FUERZA MAYOR

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.....