



SOLICITUD ERE POR CAUSA DE FUERZA MAYOR

OFICINA TERRITORIAL DE TRABAJO DE / DIRECCIÓN GENERAL DE TRABAJO Y PRL

DATOS IDENTIFICATIVOS			
D./Dña.:		DNI:	
Domicilio:		Código Postal:	
Provincia:	Localidad:		Teléfono:
Como (marcar con "x")	<input type="checkbox"/> Empresario	<input type="checkbox"/> Representante	Correo electrónico:
Empresa:		CNAE-09:	NIF:
Dedicada a:		Nº Inscripción S.S:	
Situada en (dirección completa):			Código Postal:
Provincia:	Localidad: 00000		Teléfono:
Constituida el:		Correo Electrónico:	

SOLICITA

1. Que, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores, y el Real Decreto 1483/2012, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de despido colectivo y de suspensión de contratos y reducción de jornada, solicita la iniciación del correspondiente expediente en los términos que a continuación se indican.
2. Que, de acuerdo con lo establecido en los artículos 47.3 y 51.7 de la citada Ley del Estatuto de los Trabajadores, se ha efectuado la comunicación simultánea a los representantes legales de los trabajadores.

3. Que, alega causa de fuerza mayor, y solicita:			
<input type="checkbox"/> Extinción	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada:	Horas/día: Porcentaje: % Días, meses:	<input type="checkbox"/> Suspensión: Días: Meses:
Período de aplicación:		De:	Hasta:

4. Que, en cumplimiento de lo dispuesto en la citada norma legal, se acompañan los medios de prueba que se estimen necesarios (indicar):

5. Que la empresa se rige por el Convenio Colectivo de fecha _____ publicado en el B.O.E. (ó B.O.P. de _____) y está clasificada con el código CNAE – 2009:



6. Centros de trabajo (indicar el número)

6.1. Centros de Trabajo de la empresa:

6.2. Centros de trabajo AFECTADOS:

7. Número de provincias donde se ubican los centros de trabajo de la empresa (indicar el número)

7.1. Número de provincias con centros de trabajo:

7.2. Número de provincias con centros afectados:

8. Detalle de la plantilla (indicar el número)

CLASIFICACIÓN PROFESIONAL	TRABAJADORES AFECTADOS		TRABAJADORES HABITUALMENTE EMPLEADOS EL ÚLTIMO AÑO		NÚMERO ACTUAL DE TRABAJADORES EN LA EMPRESA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Alto personal						
Técnicos						
Administrativos						
Obreros						
Subalternos						
TOTALES						

9. Centros de trabajo afectados

CENTRO DE TRABAJO	NÚMERO DE TRABAJADORES	PROVINCIA	LOCALIDAD (Código Postal)	DOMICILIO

10. Centros de trabajo NO afectados

CENTRO DE TRABAJO	NÚMERO DE TRABAJADORES	PROVINCIA	LOCALIDAD (Código Postal)	DOMICILIO

