


**7.- ESCRITO DE DENUNCIA A LA INSPECCIÓN DE TRABAJO
Y SEGURIDAD SOCIAL**

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------|---------------------------------|--|---|--|
|  | MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES | ESCRITO DE DENUNCIA | | | INSPECCIÓN PROVINCIAL DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL DE | |
| DATOS DENUNCIADO | NOMBRE DE LA EMPRESA | | NOMBRE COMERCIAL | | | |
| | Domicilio del centro de trabajo (calle, número, localidad). | | | | | |
| | Domicilio social (sólo si es distinto del anterior) | | | | | |
| | Actividad | Nº de inscripción de S.S. | Nº de trabajadores (aproximado) | Horario | ¿Continúa abierta la empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| DATOS DENUNCIANTE | Nombre y Apellidos | | Nº Afiliación S.S. | D.N.I. | | |
| | Domicilio | | Localidad | | Código Postal | |
| | ¿Es o ha sido trabajador de la empresa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fecha de ingreso | Fecha de cese | Motivo del cese | Teléfono | |
| | Si actúa en nombre de otros trabajadores indique nombre y apellidos. | | | ¿Tiene presentada demanda judicial por el mismo motivo que esta reclamación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| | (CONCRETAR EL MOTIVO DE LA DENUNCIA ACOMPAÑANDO DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA EN SU CASO) | | | | | |
| HECHOS | | | | | | |

Fecha:

Firma del denunciante

(Espacio reservado para la administración)

DESTINO:

MATERIA:

I/S:

TRANSF:

CAMPAÑA:

CALIF: