**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA TRABAJADOR POR CUENTA AJENA QUE NO DEBE ACOGERSE AL PERMISO RETRIBUIDO RECUPERABLE RECOGIDO EN EL REAL DECRETO-LEY 10/2020**

**CLÍNICAS DENTALES**

**D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ actuando como representante de la **clínica dental** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Datos de contacto de la empresa/empleador:

 - Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declara responsablemente que:**

D/.Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ es trabajador/a de esta clínica dental y reúne las condiciones para no acogerse al permiso retribuido recuperable establecido en el Real Decreto-Ley 10/2020.

Para que conste a los efectos de facilitar los trayectos necesarios entre su lugar de residencia y su lugar de trabajo.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_