

[Espacio para colocar el logo o nombre de la Clínica]

**Declaración responsable a emitir para los trabajadores por cuenta ajena que no deban
acogerse al permiso retribuido recuperable recogido en el Real Decreto-ley 10/2020
(conforme al Anexo de la Orden SND/307/2020, 30 de marzo)**

D/D.^a _____, con DNI _____, actuando como
representante de la empresa/empleador _____ (NIF:_____).

Datos de contacto de la empresa/empleador:

- Domicilio: _____
- Teléfono: _____
- Correo electrónico: _____

Declara responsablemente: Que D/D.^a _____ con DNI
_____ es trabajador/a de esta empresa/empleador 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: _____