**AL SERVICIO DE MEDIACION ARBITRAJE Y CONCILIACIÓN DE VALENCIA**

**D. Mónica Fernandez** mayor de edad con DNI/NIF ………y NASS….. con domicilio en Calle …………, 7 -1º-1ª, de Población (Valencia), C.P. 46470, ante dicho Servicio comparece y como mejor en Derecho proceda, **DICE:**

 Que por el presente escrito viene a solicitar la celebración de **acto de conciliación en materia de DEMANDA DE EXTINCIÓN DE CONTRATO DE TRABAJO CON INDEMNIZACIÓN POR VULNERACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES Y SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN y de ABONO DE VACACIONES NO DISFRUTADAS Y COMISIONES NO PERCIBIDAS contra la empresa ….EMPRESA S.L. domiciliada en Valencia, C.P. 46002, Calle …………º, en base a los siguientes**

**HECHOS**

**PRIMERO.- Mónica Fernandez** presta servicios por cuenta y orden de la citada empresa desde el ………con la categoría profesional de teleoperadora, con un salario diario de **59,99** **euros**, con prorrateo de pagas extraordinarias.

Dicho trabajo se desarrollaba en la sede de Valencia sito en Calle ……….º.

Que pertenezco al convenio de ….

**SEGUNDO.-** Que desde el pasado día 26 de agosto de 2016 se encuentra de baja médica por Trastorno Depresivo Mayor con Diagnóstico de Estados de Ansiedad.

Dicha enfermedad se constata con los siguientes informes médicos:

1.- Informe de fecha 14/02/2017: donde se hace constar el tratamiento por “TRANSTORNO ADAPTATIVO CRÓNICO que fue inducido, mantenido y agravado por una situación de PROBLEMÁTICA LABORAL grave que afecta a sus actos de servicio”

2.- Informe de Fecha 30-03-2017: “el proceso ha seguido su evolución al no resolverse el problema reactivo que le ocasiona su depresión e incapacidad laboral. Aedmás a lo largo de estos años ha tenido secuelas derivadas de la propia enfermedad y su tratamiento médico que sigue arrastrando actualmente, como Dispersias digestivas y espasmos gástricos (en tt ºmédico con suxidina 3 comprimidos/dia), dejadez, cansancio, apatía(...) y también pérdida d ella lívido sexual que provoca una impotencia psíquica y problemas a nivel de pareja (…) .Es evidente que mientras persista el problema legal reactivo en su trabajo, la incorporación a su actividad laboral, es casi indebida e imposible, a pesar del ttº médico y psicoterapéutico que lleva”.

*2.- Informe de Fecha 26-05-2017: DIAGNÓSTTICO:* ***TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPI UNICO MODERADO (296.22)***>>

**TERCERO.-** Que mi situación fue inicialmente adecuada hasta que …………….se han producido una serie de cambios en los que, junto con los cambios de jefe de área y traslado de nuevos compañeros comportaron un cambio brusco en mi forma de trabajo impidiéndome realizar el mismo, se me **“obligó”** a firmar un traslado voluntario a quien no firmaba literalmente **“iba a la calle”**, es decir, o trabajas como ellos decían o no trabajabas.

Que al mostrar mi descontento las consecuencias negativas contra mi persona aumentaron mediante mofas, burlas, desprecio….., aumentado mis horas de trabajo y las exigencias del mismo sin ningún tipo de piedad o miramiento…..

Todo esto desembocó, en el daño psicológico irreversible que tengo en la actualidad, puesto que pese al tratamiento solo la idea de volver a la actividad laboral en dicho centro me produce un empeoramiento, una ansiedad, que por ejemplo de forma nocturna se manifiesta con sentimiento de ahogamiento.

**CUARTO.-** Que en la citada empresa, prestan sus servicios **MENOS de 25** trabajadores fijos.

**QUINTO.-** No ostentan el solicitante la condición de representante legal de los trabajadores, ni es delegado sindical.

En su virtud,

**SOLICITO DE ESE ORGANISMO**, que teniendo por presentado el presente escrito, se sirva admitirlo y a tener por solicitada la celebración de Acto de Conciliación, citándose a las partes al citado Acto, a fin de que por la empresa se reconozca la **EXTINCIÓN DEL CONTRATO de trabajo CON INDEMNIZACIÓN** POR VULNERACIÓN DE DERECHOS FUNDAMENTALES Y SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN **con la empresa ….EMPRESA S.L. domiciliada en Valencia, C.P. 46002, Calle …………º** con las consecuencias y efectos que le son inherentes, entre los que se incluye, el abono de la indemnización equivalente a los días de salario por año de servicio que correspondan, prorrateándose por meses los periodos de tiempo inferiores al año, equiparándose a mes completo las fracciones inferiores, y en todo caso, al abono de las vacaciones no disfrutadas y de las comisiones no abonadas como consecuencia de la baja por prestación de incapacidad transitoria.

**OTROSI DICE**, que designa a Doña Mónica Fernández Noche, con domicilio en Avda. Camí Real 13 - 1º-1ª, de la localidad de Catarroja C.P 46470-, teléfono: 961841715, para que en su nombre presente esta papeleta y reciba las siguientes notificaciones.

En Valencia, a 15 de junio de 2017

Fdo.: **Mónica Fernandez**