

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D./D^a _____ con DNI/NIE/Pasaporte _____ que desempeña en la empresa el cargo de _____

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización	
Domicilio habitual			
Código Postal	Localidad	Provincia	Teléfono

2. DATOS DEL TRABAJADOR/A

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
DNI/NIE/Pasaporte	Nº Afiliación Seg. Social	Fecha de Nacimiento
Domicilio habitual		
Código Postal	Localidad	Provincia
Fecha inicio jornada reducida	Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)	
¿Es empleado público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Percibe sus retribuciones completas por este concepto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA

A. BASES DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR (EXCLUYENDO LOS CONCEPTOS DEL APARTADO B.)

Base de contingencias profesionales	Nº de días	Observaciones
--	-------------------	----------------------

B. COTIZACIONES DE LOS 12 MESES INMEDIATAMENTE ANTERIORES

Por horas extraordinarias	Por otros conceptos	Observaciones
----------------------------------	----------------------------	----------------------

EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL O FIJO DISCONTINUO se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al de reducción de jornada.

Año	Mes	Días	Base de contingencias profesionales	Observaciones
Totales				



**Mutua
Montañesa**
Muy fácil

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO

Trabajador <input type="checkbox"/> Fijo/a <input type="checkbox"/> Eventual	Salario real del/de la trabajador/a (€/día)
--	--

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma