



**Mutua  
Montañesa**  
Muy fácil

**DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR/A RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS, SOBRE REDUCCIÓN DE JORNADA DE TRABAJO PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_,  
número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

DECLARA

Que su actividad económica, oficio o profesión es \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_.

Que en razón de la misma se encuentra incluido/a en el régimen especial de \_\_\_\_\_.

Y que para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un (al menos un 50%) \_\_\_\_\_%.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma