

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS/AS 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 EMPRESA

Nombre o razón social				Código Cuenta Cotización				
Domicilio				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código postal	Localidad			Provincia		Teléfono		

2. DATOS TRABAJADOR/A

Apellidos y nombre			DNI-NIE-pasaporte	
Fecha de alta en la empresa		Tipo de contrato		Número de la Seguridad Social
Jornada habitual de trabajo	Fecha de inicio de la jornada reducida	Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)		
¿Es empleado/a público/a? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			¿Percebe sus retribuciones completas por este concepto? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

3. DATOS COTIZACIÓN MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)					RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO Trabajador/a: Fijo/a <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Salario real del/de la trabajador/a €/día
Base de contingencias profesionales		Número de días	Observaciones		
b) Cotizaciones de los doce meses inmediatamente anteriores					
Por horas extraordinarias		Por otros conceptos		Observaciones	
EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL 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					

....., a de de

Firma y sello