



## DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA REDUCCIÓN DE JORNADA DEL TRABAJADOR O LA TRABAJADORA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS/AS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

### 1.- DATOS EMPRESA

D./D. <sup>a</sup>			DNI-NIE-pasaporte			Cargo en la empresa	
Nombre y razón social			Código de Cuenta de Cotización (CCC)				
Domicilio habitual (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia			Teléfono		

### 2.- DATOS TRABAJADOR/TRABAJADORA

Apellidos y nombre		DNI-NIE-pasaporte
<input type="checkbox"/> Trabajador/trabajadora <input type="checkbox"/> Socio trabajador/socia trabajadora <input type="checkbox"/> Empleado de hogar fijo/empleada de hogar fija		Número de Seguridad Social

DECLARA:

Que el trabajador o la trabajadora citados, para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor o la menor enfermos y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un <sup>(1)</sup>..... %, con efectos desde fecha .....

....., a ..... de ..... de .....

Firma y sello

<sup>(1)</sup> La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, al menos, de un 50%.