

## CERTIFICAT D'EMPRESA PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER CURA DE MENORS AFECTATS/DES PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

El Sr./La Sra. .... amb DNI - NIE - passaport .....  
que exerceix en l'empresa el càrrec de .....

CERTIFICA, que són certes les dades relatives a l'empresa, així com les personals, professionals i de cotització, que a continuació consigna:

### 1. DADES EMPRESA

Nom o raó social		Codi de Compte de Cotització				
Domicili		Número	Bloc	Escala	Pis	Porta
Codi postal	Localitat	Província		Telèfon		

### 2. DADES TREBALLADOR/A

Cognom i nom		DNI-NIE-passaport	
Data d'alta en l'empresa	Tipus de contracte	Número de la Seguretat Social	
Jornada habitual de treball	Data d'inici de la jornada reduïda	Percentatge de reducció (almenys d'un 50%)	
Sou empleat/da públic/a? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Percebeu les vostres retribucions completes per aquest concepte? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

### 3. DADES COTITZACIÓ MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓ DE JORNADA

a) Bases de cotització del mes anterior, excloent els conceptes de l'apartat b)					<b>RÈGIM ESPECIAL AGRARI</b> Treballador/a: Fix/a <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>  Salari real del/de la treballador/a ..... €/dia
Base de contingències professionals	Nombre de dies	Observacions			
b) Cotitzacions dels dotze mesos immediatament anteriors					
Per hores extraordinàries	Por altres conceptes	Observacions			
EN CAS DE CONTRACTE A TEMPS PARCIAL heu de certificar les bases de cotització dels tres mesos immediatament anteriors al de reducció de jornada.					
Any	Mes	Dies	Base de contingències professionals	Observacions	
TOTALS					

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

Signatura i segell