

## ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D. / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con DNI-NIE- pasaporte \_\_\_\_\_ número de Afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

Y

D. / D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con DNI-NIE- pasaporte \_\_\_\_\_ Número de Afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

### ACUERDAN

Que sea D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ quien solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave que se iniciará con fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma

Firma

Fdo.

Fdo.