

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACION ECONOMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D/DÑA..... con DNI-NIE.....
 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 DE LA EMPRESA

CCC	NOMBRE EMPRESA				
DOMICILIO	Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
CÓDIGO POSTAL					

2.- DATOS DEL TRABAJADOR/A:

APELLIDOS Y NOMBRE			DNI-NIE.-PASAPORTE				
DOMICILIO HABITUAL			Número	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
CÓDIGO POSTAL							
Número de Afiliación a la Seguridad Social	Fecha de inicio de la jornada reducida por cuidado de menores con cáncer/ enfermedad grave		Porcentaje de reducción (Al menos un 50%)				
¿Es funcionario público? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			¿Percibe sus retribuciones completas por este concepto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
¿Es personal Estatutario/laboral? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							

3.-DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA REDUCCIÓN DE JORNADA

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)				
Base de cotización 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				

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO

<input type="checkbox"/> FIJO/A	<input type="checkbox"/> Eventual	SALARIO REAL -----/día
---------------------------------	-----------------------------------	------------------------

_____ a _____ de _____ de 20__ Firma y sello de la empresa