

# DECLARACION DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D/DÑA.....con DNI-NIE.....,  
Número de Afiliación a la Seguridad Social ..... y Domicilio en .....

**Declara bajo su responsabilidad que**

1.- Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:    SI    NO<sup>(2)</sup>  
Que dicho establecimiento tiene su domicilio social en.....  
Que la actividad económica, oficio o profesión es la de .....

2.- Si es un Trabajador Económicamente Dependiente:

Razón social del cliente principal.....  
CCC/ NIF del cliente principal .....  
Dirección .....

3.- Que para acceder a la prestación por cuidado de menor con cáncer u otra enfermedad grave y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo desde el día ..... hasta el .....

La jornada de trabajo que realiza antes de la reducción era: De: ( Día de la semana) ..... A: ( día de la semana)..... Desde las .....horas hasta las .....horas  Realizaba un total de ..... horas a la semana.
--

Fecha de inicio de la reducción de jornada: .....

La jornada de trabajo que realiza después de la reducción es: De: ( Día de la semana) ..... A: ( día de la semana)..... Desde las .....horas hasta las .....horas  Realiza un total de ..... horas a la semana.
---

La reducción de jornada de trabajo, que deberá ser al menos del 50% e inferior al 100%.....

4.- Que durante la reducción de jornada por cuidado de menor con cáncer u otra enfermedad grave, el negocio queda en la siguiente situación:

- Inactividad parcial del establecimiento.  
Horario del negocio.....
- Gestionado por otra persona

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ Firma y sello de la empresa