

**CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

--

--

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_ con DNI – NIE – pasaporte \_\_\_\_\_

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**

Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización				
Domicilio		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad	Provincia			Teléfono	

**2. DATOS DEL/LA TRABAJADORA**

Apellidos y nombre				DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (calle o plaza)				Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
Código Postal	Localidad			Provincia				
Número de la Seguridad Social	Fecha de inicio de la jornada reducida		Porcentaje de reducción (al menos un 50%)					
¿Es empleado público? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Percibe sus retribuciones completas por este concepto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

**3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA**

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)				
Bases de contingencias profesionales		Número de días	Observaciones	
b) Cotizaciones de los doce meses anteriores.				
Por horas extraordinarias		Por otros conceptos		Observaciones
EN CASO DE CONTRATO 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				

<b>RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO</b>
Trabajador/a:
Fijo/a <input type="checkbox"/>
Eventual <input type="checkbox"/>
Salario real del/de la trabajador/a _____ €/día

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