

D./Dña. _____ en su calidad de _____

CERTIFICA, a efectos de la solicitud de la prestación por IT / Riesgo que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan,

1. Datos empresa

Nombre o razón social		CCC	
Domicilio (calle/plaza/...)	Código Postal	Localidad	Provincia

2. Datos trabajador/a

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		NIF/NIE/Pasaporte		
Domicilio (calle/plaza/...)			Código Postal		Localidad		Provincia	
Nº de Seguridad Social ____/____/____		Grupo cotización		Contrato tiempo parcial Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Tipo de contrato	Fecha alta empresa	Fecha baja empresa
Fecha baja médica	Fecha hasta la que se ha abonado la IT		Causa baja médica		Enfermedad común <input type="checkbox"/>	Accidente No Laboral <input type="checkbox"/>	Enfermedad Profesional <input type="checkbox"/>	Accidente Laboral <input type="checkbox"/>
Causa extinción/suspensión del pago directo			Días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas					
			Desde _____ hasta _____		Base: _____			

3. Bases de cotización a certificar según el supuesto de pago directo

3.1. Si no se ha extinguido la relación laboral o la baja médica es por accidente de trabajo/ enfermedad profesional o solicita la prestación de Riesgo

Certificado de cotización del mes anterior a la baja médica	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes	Base contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)
Trabajador/a con jornada a tiempo parcial: certificado de las bases de cotización de los tres meses anteriores a la baja médica	Año	Mes	Días	Contingencias comunes	Contingencias profesionales	Horas Extras y otros conceptos (año anterior)

3.2. Si el pago directo es por extinción de la relación laboral y la baja médica derivada de enfermedad común o accidente no laboral

Certificado de cotizaciones de los 180 últimos días cotizados	Año	Mes	Días	Base contingencias comunes

3.3. Régimen Especial Agrario

Fijo <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>	¿Estaba trabajando el día de la baja? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cotización jornadas reales mes anterior baja	Salario real
---	---	--	--------------

A los efectos de que se inicie el pago directo de esta prestación desde el día _____

Esta solicitud va a ser tramitada por medios informáticos. Los datos personales que figuran en ella serán incorporados a un fichero de base de datos para el cálculo y control de la prestación económica que se le reconozca, y permanecerán bajo custodia de esta Entidad. En cualquier momento puede ejercitar su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición sobre los datos incorporados al fichero (art. 5 de la ley 15/1999 de 13 diciembre de Protección de datos de carácter personal, BOE del día 14).

En _____ a _____ de _____ de 20 _____ Registro Entrada

Firma y sello de la empresa