



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO
E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



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

D/D^a 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/DE LA TRABAJADOR/A

| | | | | | | | | | |
|---|-----------|--|--|--|---|--------|----------|------|--------|
| 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 de un 50%) | | | | | |
| ¿Es empleado público? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | ¿Percibe sus retribuciones completas por este concepto? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | |

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) | | | | | RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO Trabajador/a: Fijo/a <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Salario real del/de la trabajador/a €/día |
| Base de contingencias profesionales | Número de días | Observaciones | | | |
| b) Cotizaciones de los doce meses inmediatamente anteriores. | | | | | |
| Por horas extraordinaria | 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 | | | | | |

..... a de de 20

Firma y sello

C-070

2010