

# CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

D/D<sup>a</sup>  con DNI-NIE-TIE   
 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 Cuenta Cotización					
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>					
Domicilio	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CP	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	
Localidad	Provincia	Teléfono					
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>					

### 2.- DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y nombre		DNI - NIE - TIE					
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>					
Domicilio	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	CP	
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	
CP	Localidad	Provincia	Número de la Seguridad Social				
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>				
Profesión	Grupo de Cotización	Fecha de suspensión del contrato de trabajo					
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>					

### 3.- DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)							
Base de contingencias comunes		Núm. de días		Base de contingencias profesionales		Núm. de días	
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	
b) Base de cotización por horas extraordinarias y otros (*)							
Base de contingencias comunes		Núm. de días		Base de contingencias profesionales		Núm. de días	
<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input style="width: 90%;" type="text"/>	
EN CASO CONTRARIO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo.						<b>RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA</b>	
Año	Mes	Núm. días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Base de cotización de contingencias profesionales			
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Trabajadora <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Eventual	
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		¿Se encontraba en vigor el contrato en la fecha de la baja?	
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Núm. jornadas reales mes anterior a la baja <input style="width: 30px;" type="text"/>	
<b>TOTALES</b>			<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>		Salario real de la trabajadora <input style="width: 60px;" type="text"/> €/día	

, a  de  de 20

Firma y sello

(\*) Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato.

De acuerdo con la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter personal, le informamos que los datos de carácter personal que nos facilite con ocasión de la cumplimentación del presente formulario serán incorporados en un fichero titularidad de EGARSAT MATEPPS nº 276, con la finalidad de certificar los datos incorporados en el presente formulario en relación a la solicitud de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural de la trabajadora a la que relativas en el presente formulario. La negativa a facilitar la información solicitada impediría absolutamente cumplir las finalidades antes descritas. Así mismo, le informamos que sus datos podrán ser comunicados a las entidades públicas competentes con amparo en lo previsto en la normativa en vigor. Usted tiene derecho a ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante el envío de una carta a EGARSAT MATEPPS Nº 276, situada en Av. Rosquetes, nº 63-65, 08174, Sant Cugat del Vallès, Barcelona.