

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