

**DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR/A,
RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS,
SOBRE REDUCCIÓN DE SU JORNADA DE
TRABAJO PARA EL CUIDADO DE MENORES
AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

D/D^a

con DNI - NIE - pasaporte número de la Seguridad Social

y domicilio en

.....

DECLARA:

Que su actividad económica, oficio o profesión es

con domicilio en

que en razón de la misma se encuentra incluido/a en el Régimen Especial de

Y que, para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un⁽¹⁾ %

....., a de de 20

Firma

(1) La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, al menos, de un 50%.