

SOLICITUD DE PRESTACIÓN ECONÓMICA POR RIESGO DURANTE LA LACTANCIA NATURAL

1. DATOS PERSONALES

Primer apellido					Segundo apellido				
Nombre			Teléfono		Núm. Afiliación Seguridad Social		DNI/NIE/TIE		Fecha de nacimiento
Domicilio									
Núm.	Bloq.	Esc.	Piso	Puerta	Código postal		Localidad		
Provincia				Situación de IT <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de fin del contrato		e-mail	

2. DATOS DE LA EMPRESA - ASESORÍA

Nombre de la empresa					CCC		Teléfono		
Dirección				Localidad				Código postal	
Asesoría / Gestoría				Tel. Asesoría		e-mail asesoría			
Nom de la societat de prevenció aliena									

3. DATOS DE LA PRESTACIÓN

<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Ajena	Fecha de suspensión del contrato:	Fecha de Nacimiento del Hijo
<input type="checkbox"/> Trabajadoras por Cuenta Propia	Fecha de cese de la actividad	Fecha de Nacimiento del Hijo

4. DOCUMENTACIÓN

<input type="checkbox"/> Certificado de bases de cotización	<input type="checkbox"/> Certificado médico del servicio público de salud. sobre lactancia natural	<input type="checkbox"/> Certificado del INSS de fin de maternidad
<input type="checkbox"/> Declaración empresarial del puesto de Trabajo y riesgo	<input type="checkbox"/> Fotocòpia del NIF - NAE	<input type="checkbox"/> Declaración de situación de la actividad (solo cuenta propia)
<input type="checkbox"/> Declaración empresarial de suspensión del contrato	<input type="checkbox"/> Fotocòpia del llibro de família	<input type="checkbox"/> Model 145 IRPF: Comunicación de datos al pagador.

5. DATOS BANCARIOS

CÓDIGO PAÍS	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C	Nº CUENTA

6. DATOS FISCALES

Tipo voluntario de retención por IRPF: _____ %
(no se aceptará un porcentaje inferior al legal establecido)

7. ALEGACIONES

--

8. A QUIÉN PERTENCE

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, manifestando, igualmente, que quedo enterado de la obligación de comunicar a la mutua cualquier variación de los datos en ella expresados que pudiera producirse en lo sucesivo, y SOLICITO, mediante la firma del presente impreso, que se dé curso a mi petición de prestación por Riesgo durante la lactancia natural, adoptando para ello todas las medidas necesarias para su resolución.

Firma del interesado

_____, de _____ de _____