

DECLARACION DE SITUACIÓN DE LA ACTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRO ENFERMEDAD GRAVE

D/D^a

Con número de la Seguridad Social, DNI, NIE, TIE

Y con domicilio en

1. Declara bajo su responsabilidad que:

Es titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza (2) Si No

Que dicho establecimiento tiene su domicilio en:

Que la actividad económica, oficio o profesión es la de:

2. Es un trabajador/a autónomo/a económicamente dependiente (TRADE) Si No

(art.11 de la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.)

Si contestó que SI, especifique los datos de su CLIENTE PRINCIPAL:

Razón Social: N.I.F.

Dirección: TLF:

3. Que con anterioridad a la reducción de jornada, el negocio se gestionaba:

a. Con los siguientes medios humanos: *(nº de empleados, socios, etc.)*

D/D^a DNI, NIE, TIE

b. El **horario del negocio era** a ;

durante los siguientes días de la semana de a

4. Que durante la reducción de la jornada por cuidado de hijo con cáncer u otra enfermedad grave, el negocio queda en la siguiente situación:

a. Cierre del establecimiento, inactividad parcial, persona a cargo del negocio

(indicar lo que en su caso proceda):

b. Medios humanos: *(nº de empleados, socios, etc.)*

D/D^a DNI, NIE, TIE

c. El horario del negocio es a

durante los siguientes días de la semana de a

En _____ a _____ de _____ de 20 _____

Firmado: _____