



Sello de entrada de Mutua Universal

**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<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
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 <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

(1) La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, a partir del 50%.