

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Sello de entrada de Mutua Universal

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

Nombre o razón social					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 (a partir del 50%)				
¿Es empleado público? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					¿Percibe sus retribuciones completas por este concepto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				

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)				
Base de contingencias profesionales		Número de días		Observaciones
b) Cotizaciones de los doce meses inmediatamente anteriores.				
Por horas extraordinarias		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				

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

_____, a _____ de _____ de 20__

Firma y sello