

DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA REDUCCIÓN DE JORNADA DEL TRABAJADOR PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Sello de entrada de Mutua Universal

1.- DATOS DE LA EMPRESA

D/D ^a		DNI – NIE - Pasaporte		Cargo en la empresa			
Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización (CCC)					
Domicilio habitual: (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia				Teléfono	

2.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombre		DNI – NIE - Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Socio trabajador <input type="checkbox"/> Empleado de hogar fijo		Número de la Seguridad Social	

DECLARA

Que el citado trabajador, 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 y Sello

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