

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

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%