

**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 (1) ..... %

..... a ..... de ..... de 20 .....

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