

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

Sello de entrada de Mutua Universal

1. DATOS DE LA EMPRESA

D/Dª		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 DE LA PERSONA TRABAJADORA

Apellidos y Nombre		DNI – NIE - Pasaporte	
☐ Trabajador/a ☐ Socio/a trabajador/a ☐ Empleado/a de hogar fijo/a		Número de la Seguridad Social	

DECLARA

Que la citada persona trabajadora, para acceder a la prestación económica para el cuidado del/la menor enfermo/a y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un ⁽¹⁾ _____ %

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firma y Sello

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