

Data d'entrada:

CERTIFICAT DE SALARIS CONTINGÈNCIES PROFESSIONALS

1. Dades de l'empresa

Nom o raó social		Codi compte cotització	
Adreça		Localitat	Codi postal
Província	Telèfon	Activitat	
Nom i cognoms de la persona que certifica		DNI	Càrrec a l'empresa

2. Dades treballador/a accidentat/ada

Nom i cognoms		DNI	Núm. afiliació SS
Lloc de l'accident	Data de l'accident	Data de la baixa	Data d'ingrés a l'empresa
Professió	Categoria professional	Tasques realitzades	

3. Dades laborals

- Tipus de contracte:	<input type="checkbox"/> Fix <input type="checkbox"/> Fix discontinu <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> A temps parcial <input type="checkbox"/> Pluriocupació
- Modalitat de remuneració	<input type="checkbox"/> Per unitat de temps: <input type="checkbox"/> Diària <input type="checkbox"/> Setmanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Per unitat d'obra <input type="checkbox"/> Mixta
- Normativa sectorial o Conveni col·lectiu aplicable	_____

4. Dades salarials

- Quantitats percebudes			
- Sou o jornal per unitat de temps _____ €	- Casa habitació _____ €	- Remuneració per servei o unitat d'obra _____ €	- Aliments _____ €
- Beneficis o participació en ingressos computables _____ €	- Antigüitat _____ €		
- Pagues extraordinàries: juliol _____ € desembre _____ € Beneficis/altres _____ €			
- Plusos i retribucions complementàries:			
- Comissions _____ €	- Primes d'assistència _____ €		
- Hores extraordinàries _____ €	- Primes de producció _____ €		
- Treballs nocturns, penosos, tòxics i perillosos _____ €	- Incentius per unitat d'obra _____ €		
- Altres _____ €	- Altres _____ €	- Altres _____ €	
- Dies laborals efectivament treballats _____	Dies laborables segons Conveni _____		

* Cadascuna d'aquestes dades ha de fer referència al període de 365 dies immediatament anteriors a l'accident

- Nombre d'hores efectivament treballades durant els 365 dies anteriors _____
- Jornada habitual de l'activitat _____ - Jornada contractada _____

I, perquè consti davant d'Asepeyo, Mútua d'Accidents de Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social núm. 151, s'expedeix aquesta certificació.

_____, _____ de/d' _____ de _____

Conforme el/la treballador/a

Firma i segell de l'empresa