

Data d'entrada:

CERTIFICAT DE SALARIS PER A 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 en l'empresa

2. Dades del 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"/> Pluriocupaci
- 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	_____ €	- Antiguitat	_____ €
- 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	_____ €
- Dies laborals efectivament treballats	_____	- Dies laborables segons Conveni	_____

* Totes aquestes dades han de referir-se sempre 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