



Certificado de empresa para la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

Sr/Sra. _____
con DNI-NIE-TIE _____ que ejerce en la empresa el cargo de _____

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se detallan:

1. Datos de la empresa

| | | | | | | |
|---------------------------|-----------|--------------------------------|--------|----------|------|--------|
| Nombre o razón social | | Codigo de cuenta de cotización | | | | |
| Domicilio (calle o plaza) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta |
| CP | Localidad | Provincia | | Teléfono | | |

2. Datos del/la trabajador/a

| | | | | | | | |
|--|-----------|--|--------|---|------|--------|----|
| Primer apellido | | Segundo apellido | | Nombre | | | |
| DNI - NIE - TIE | | | | | | | |
| Domicilio habitual: (calle o plaza) | | Número | Bloque | Escalera | Piso | Puerta | |
| CP | Localidad | Provincia | | Número de la Seguridad Social | | | |
| Fecha de inicio de la jornada reducida | | Porcentaje de reducción (al menos de un 50%) | | | | | |
| ¿Es empleo público? | | SÍ | NO | ¿Percebe sus retribuciones completas por este concepto? | | SÍ | NO |

3. Datos de cotización del mes anterior al de reducción de jornada

a. Bases de cotización del mes anterior, con exclusión de los conceptos del apartado b)

| | | |
|-------------------------------------|----------------|---------------|
| Base de contingencias profesionales | Número de días | Observaciones |
|-------------------------------------|----------------|---------------|

b. Cotizaciones de los doce meses inmediatamente anteriores

| | | |
|---------------------------|---------------------|---------------|
| Por horas extraordinarias | Por otros conceptos | Observaciones |
|---------------------------|---------------------|---------------|

En caso de contrato a tiempo parcial: se han de certificar las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al de reducción de jornada.

Régimen especial agrario

Trabajador/a Fijo/a Eventual

Salario real de la trabajadora _____ €/día

| Año | Mes | Num. días cotizados | Base de cotización de contingencias profesionales | Observaciones |
|----------------|-----|---------------------|---|---------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| TOTALES | | | | |

_____, ____ de _____ de 20__

(firma y sello de la empresa)