



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

Sr./Sra.
con DNI-NIE-TIE con número de la Seguridad Social y
domicilio núm.
Localidad
CP Provincia

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⁾ %.

, de de 20

Firma

¹ Reducción de la jornada de trabajo ha de ser al menos de un 50%.