CERTIFICAT D'EMPRESA PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O ALGUNA ALTRA MALALTIA GREU

El Sr. / La Sra. .....

que exerceix a l'empresa el càrrec de/d'.....

CERTIFICA que són certes les dades relatives a l'empresa, així com les personals, professionals i de cotització, que a continuació es consignen:

1 - DADES DE L'EMPRESA

Nom o raó social				Codi de compte de cotització / /		
Domicili			Número	Bloc	Escala	Pis / Porta
Codi postal	Població		Província		Telèfon	

2 - DADES DEL / DE LA TREBALLADOR/A

Cognoms i nom				DNI/NIE/passaport		
Domicili habitual (carrer o plaça)			Número	Bloc	Escala	Pis / Porta
Codi postal	Població		Província		Telèfon	
Número de la Seguretat Social /	Data d'inici de la jornada reduïda		Percentatge de reducció (almenys d'un 50%)(1)			
És funcionari públic? Sí ☐ No ☐	És personal laboral? Sí ☐ No ☐		Percep les seves retribucions completes per aquest concepte? Sí ☐ No ☐			

3 - DADES DE COTITZACIÓ DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓ DE JORNADA

a) Bases de cotització del mes anterior, excloent-ne els conceptes de l'apartat b)

Base de contingències professionals	Nombre de dies	Observacions

b) Cotitzacions dels dotze mesos immediatament anteriors.

Per hores extraordinàries	Per altres conceptes	Observacions

EN CAS DE CONTRACTE A TEMPS PARCIAL cal certificar les bases de cotització dels tres mesos immediatament anteriors al de reducció de jornada.

Any	Mes	Dies	Base de contingències professionals	Observacions
TOTALS				

RÈGIM ESPECIAL AGRARI

Treballador/a:

☐ Fix

☐ Eventual

Salari real del / de la treballador/a.....€/dia

..... , ... de .....de 20.....

Signatura i segell .....

(1) Reducció realitzada per aplicació, si escau, de l'article 37.5, paràgraf tercer, de la Llei de l'Estatut dels treballadors o de l'article 49.e de l'Estatut bàsic de l'empleat públic, per a la cura de menors afectats per càncer o alguna altra malaltia greu.