



FREMAP

Mutua de Accidentes de Trabajo
y Enfermedades Profesionales
de la Seguridad Social Número 61

CERTIFICADO DE EMPRESA RELATIVO AL TRABAJADOR

			Núm. afiliación a la Seguridad Social	
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre		Documento Nacional Identidad – NIF
Domicilio (calle o plaza y núm.)	Código Postal	Localidad	Provincia	Grupo Cotización

D., en su calidad de
 del Organismo o Empresa , con (Núm. Código Cuenta Cotización)
 y con domicilio en (calle o plaza) , número
 Código Postal , Localidad, Provincia

CERTIFICA los siguientes extremos sobre el trabajador solicitante de la prestación de IT, que ingresó en esta Empresa u Organismo en fecha:.....

En IT derivada ⁽¹⁾ desde el ⁽²⁾
 Baja en el Organismo o Empresa el por ⁽³⁾
 Fecha de presentación del parte de baja (A2/2)
 Categoría Profesional
 Nº de días de vacaciones anuales no disfrutados, en su caso antes de la fecha de cese
 ÚLTIMO PARTE DE CONFIRMACIÓN ABONADO: Núm. por €

BASE DE COTIZACIÓN se certificarán las bases de cotización de los 12 meses anteriores a la fecha de la baja en la empresa, incluido el mes de dicha baja en la empresa y, en una línea aparte, el período de vacaciones retribuidas y no disfrutadas por las que se haya cotizado. (diaria o mensual según tipo de retribución)

Año	Mes	Días / Horas		Bases de Cotización	
		Cotizados	Trabajados	Contingencias Comunes	Desempleo

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA:

Trabajador: FIJO EVENTUAL

¿Se encontraba trabajando el día de la baja?
 SÍ NO

Núm. jornadas reales mes anterior a la baja:

Salario real del trabajador € /día.

Y para que conste y a los efectos de que por parte de Fremap se proceda al pago de esta prestación, a partir del día ,
 por ⁽⁴⁾
 expido la presente Certificación en , a de de 20
 (firma y sello)

⁽¹⁾ Enfermedad común, accidente no laboral, enfermedad profesional o accidente de trabajo.
⁽²⁾ Según parte médico (P.9).
⁽³⁾ Exponer las causas de la baja.
⁽⁴⁾ Causa señalada en punto 3 de la solicitud.

