



**CERTIFICADO DE EMPRESA PARA
A PRESTACIÓN ECONÓMICA POR
CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR
CANCRO OU OUTRA ENFERMIDAD GRAVE**

D/D^a con DNI - NIE - pasaporte

que desempeña na empresa o cargo de

CERTIFICA, que son certos os datos relativos á empresa, así como os persoais, profesionais e de cotización, que a continuación se consignan:

1.- DATOS DA EMPRESA

Nome ou razón social			Código de Conta de Cotización				
Domicilio			Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade	Provincia			Teléfono		

2.- DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

Apelidos e nome					DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (rúa ou praza)					Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade			Provincia					
Número da Seguridade Social	Data de inicio da xornada reducida		Porcentaxe de redución (polo menos dun 50%)(1)						
É funcionario público? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									
É persoal estatutario/laboral? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Percibe as súas retribucións completas por este concepto? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									

3.- DATOS DE COTIZACIÓN DO MES ANTERIOR AO DE REDUCCIÓN DE XORNADA

a) Bases de cotización do mes anterior, excluindo os conceptos do apartado b)					SISTEMA ESPECIAL AGRARIO Traballador/a: <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/>
Base de continxencias profesionais	Número de días	Observacións			
b) Cotizacións dos doce meses inmediatamente anteriores.					
Por horas extraordinaria	Por outros conceptos		Observacións		
NO CASO DE CONTRATO A TEMPO PARCIAL certificaranse as bases de cotización dos tres meses inmediatamente anteriores ao de redución de xornada.					
Ano	Mes	Días	Base de continxencias profesionais	Observacións	
TOTAIS					

..... a de de 20

Sinatura e selo