



**CERTIFICAT D'EMPRESA PER A  
LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER  
CUIDAR MENORS AFECTATS PER  
CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU**

En/Na ..... amb DNI-NIE-passaport .....

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

CERTIFICO que són certes les dades relatives a l'empresa, com també 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	Localitat	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	Localitat	Província							
Número de la Seguretat Social		Data d'inici de la jornada reduïda		Percentatge de reducció (almenys d'un 50%)(1)					
És funcionari públic? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									
És personal estatutari/laboral? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Percep les seves retribucions completes per aquest concepte? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>									

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

a) Bases de cotització del mes anterior, excloent els conceptes de l'apartat b)					<b>SISTEMA ESPECIAL AGRARI</b>  Tributador/a:  <input type="checkbox"/>  Eventual <input type="checkbox"/>  .....
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, es certificaran les bases de cotització dels tres mesos immediatament anteriors al de reducció de jornada.					
Any	Mes	Dies	Base de contingències professionals	Observacions	
.....	.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	.....	
Totals					

....., ..... de/d' ..... de 20 .....

Signatura i segell