



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	Escalera	Piso	Porta
Código postal	Localidade	Provincia		Teléfono			

2.- DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

Apellidos e nome			DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (rúa ou praza)			Número	Bloque	Escalera	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 ☐ NON ☐							
É persoal estatutario/laboral? SI ☐ NON ☐ Percibe as súas retribucións completas por este concepto? SI ☐ NON ☐							

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)				
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