



**CERTIFICAT D'EMPRESA  
PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA  
PER ATENCIÓ A MENORS AFECTATS PER  
CÀNCER O ALTRES MALALTIES GREUS**

El Sr./La Sra ..... amb DNI-NIE-passaport .....  
que té en l'empresa el càrrec de .....

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

**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 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 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 seues retribucions completes pere este concepto? 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, exclouent-ne els conceptes de l'apartat b)					<b>SISTEMA ESPECIAL AGRARI</b>  Treballador/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 s'han de certificar 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 .....

Firma i segell