



**CERTIFICADO DE LA EMPRESA
SOBRE LA REDUCCIÓN DE JORNADA DEL
TRABAJADOR PARA EL CUIDADO DE MENORES
AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

1.- DATOS DE LA EMPRESA

D/Dª		DNI-NIE-pasaporte		Cargo en la empresa			
Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización (CCC)					
Domicilio habitual: (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal
Localidad		Provincia				Teléfono	

2.- DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y nombre		DNI-NIE-pasaporte	
<input type="checkbox"/> Trabajador	<input type="checkbox"/> Socio trabajador	Número de la Seguridad Social	

DECLARA:

Que el citado trabajador, para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un⁽¹⁾ %

....., a de de 20

Firma y sello

(1) La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, al menos, de un 50%.