



**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/D <sup>a</sup>		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	

20110808

**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<sup>(1)</sup> ..... %

C-073

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma y sello

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