



**CERTIFICADO DE EMPRESA PARA
A PRESTACIÓN ECONÓMICA POR
CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR
CANCRO OU OUTRA ENFERMIDAD GRAVE**

D/Dª 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	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade	Provincia			Teléfono	

2.- DATOS DO/DA TRABALLADOR/A

Apelidos e nome		DNI-NIE-pasaporte				
Domicilio habitual: (rúa ou praza)		Número	Bloque	Escaleira	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 <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>						
É persoal estatutario/laboral? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Percibe as súas retribucións completas por este concepto? SI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>						

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)					<p>SISTEMA ESPECIAL AGRARIO</p> <p>Traballador/a:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>Eventual <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">.....</p>
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