



CERTIFICADO DE EMPRESA PARA LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D./D.ª con DNI - NIE - Pasaporte

que desempeña en la empresa el cargo de

CERTIFICA, que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se detallan:

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización		
Domicilio (calle o plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso y puerta
Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono	

2. DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

D./D.ª		DNI / NIE / Pasaporte		
Domicilio (calle o plaza)	Número	Bloque	Escalera	Piso y puerta
Código postal	Localidad	Provincia	Teléfono	
Número de la Seguridad Social	Fecha de inicio de la jornada reducida	Porcentaje de reducción (al menos de un 50%) (1)		

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR AL DE REDUCCIÓN DE JORNADA

A) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado B)			<p>RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO</p> <p>Trabajador/a:</p> <input type="checkbox"/> Fijo/a <input type="checkbox"/> Eventual <p>Salario real del / de la trabajador/a:</p> <p>..... €/día</p> <p>% Tiempo parcial:</p>
Base de contingencias profesionales	Número de días	Observaciones	
B) Cotizaciones de los 12 meses inmediatamente anteriores			
Por horas extraordinarias	Por otros conceptos	Observaciones	

EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al de la reducción de jornada

Año	Mes	Días	Base de contingencias profesionales
TOTALES			

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

(1) Reducción efectuada por aplicación, en su caso, del artículo 37.5 párrafo tercero, de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos contenidos en el formulario de solicitud de prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave se incluirán en un fichero responsabilidad de **ACTIVA MUTUA 2008**, cuya finalidad es la tramitación de la gestión de la prestación solicitada.

El titular de los datos (si es mayor de 14 años) y/o los titulares de su patria potestad o tutela (si es menor de 14 años) autorizan el tratamiento de los mismos, incluidos en su caso los de salud, con la finalidad anteriormente detallada. Así mismo, le informamos que podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en la dirección lopd@activamutua.es

Firma y sello