



CERTIFICAT D'EMPRESA PER A LA PRESTACIÓ ECONÒMICA PER TENIR CURA DE MENORS AFECTATS PER CÀNCER O UNA ALTRA MALALTIA GREU

Pàgina 1 de 1

Sr./Sra. amb DNI - NIE - Passaport

que exerceix en l'empresa el càrrec de

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

1. DADES DE L'EMPRESA

Nom o raó social		Codi de Compte de Cotització			
Domicili (carrer o plaça)		Número	Bloc	Escala	Pis i porta
Codi postal	Localitat	Província		Telèfon	

2. DADES DEL/DE LA TREBALLADOR/A

Sr./Sra.				DNI / NIE / Passaport	
Domicili (carrer o plaça)		Número	Bloc	Escala	Pis i porta
Codi postal	Localitat	Província		Telèfon	
Número de la Seguretat Social	Data d'inici de la jornada reduïda	Percentatge de reducció (com a mínim d'un 50%) (1)			

3. DADES DE COTIZACIÓ DEL MES ANTERIOR AL DE LA REDUCCIÓ DE LA JORNADA

A) Bases de cotització del mes anterior, s'exclouen els conceptes de l'apartat B)			RÈGIM ESPECIAL AGRARI Treballador/a: <input type="checkbox"/> Fix/a <input type="checkbox"/> Eventual Sou real del/de la treballador/a: €/dia % Temps parcial:.....
Base de contingències professionals	Número de dies	Observacions	
B) Cotitzacions dels 12 mesos immediatament anteriors			
Per hores extraordinàries	Per altres conceptes	Observacions	

EN CAS DE CONTRACTE A TEMPS PARCIAL se certificaran les bases de cotització dels tres mesos immediatament anteriors al de la reducció de jornada

Any	Mes	Dies	Base de contingències professionals
TOTALS			

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

(1) Reducció efectuada per aplicació, en el seu cas, de l'article 37.5 paràgraf tercer, de la Llei de l'Estatut dels Treballadors.

D'acord amb l'establert en la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, l'informem que les dades contingudes en el formulari de sol·licitud de prestació per tenir cura de menors afectats per càncer o una altra malaltia greu s'inclouran en un fitxer responsabilitat d'ACTIVA MÚTUA 2008 amb la finalitat de la tramitació de la gestió de prestació sol·licitada.

El titular de les dades (si és major de 14 anys) i/o els titulars de la seva pàtria potestat o tutela (si és menor de 14 anys) autoritzen el tractament de les mateixes, incloses en el seu cas les de salut, amb la finalitat anteriorment detallada. Així mateix, l'informem que podrà exercitar els seus drets d'accés, rectificació, oposició i cancel·lació a l'adreça lopd@activamutua.es

Signatura i segell