



DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA REDUCCIÓN DE JORNADA DEL/DE LA TRABAJADOR/A PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Página 1 de 1

DATOS DE LA EMPRESA

D./D.º		DNI - NIE - Pasaporte		Cargo en la empresa	
Nombre o razón social				Código de Cuenta de Cotización (CCC)	
Domicilio (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso y puerta
Código postal	Localidad	Provincia		Teléfono	

DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A

Primer apellido		Segundo apellido		Nombre		DNI / NIF	
<input type="checkbox"/> TRABAJADOR <input type="checkbox"/> SOCIO TRABAJADOR <input type="checkbox"/> EMPLEADO DE HOGAR FIJO						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%.

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 lpd@activamutua.es