

**ACUERDO ENTRE LOS/LAS PROGENITORES/AS,
SOBRE EL DISFRUTE DE LA PRESTACIÓN PARA EL
CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U
OTRA ENFERMEDAD GRAVE, CUANDO AMBOS/AS
PUEDEN SER BENEFICIARIOS/AS**



Sello de entrada de Mutua Universal

D/D^a. _____ con
DNI - NIE - Pasaporte _____ número de la Seguridad Social _____

Y

D/D^a. _____ con
DNI - NIE - Pasaporte _____ número de la Seguridad Social _____
como progenitores/as / adoptantes / tutores/as del/la menor y teniendo ambos/as el derecho a solicitar la prestación

ACUERDAN

que sea D/D^a. _____
quién solicite la prestación económica para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, que iniciará
con fecha _____

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma

Firma

Fdo.: _____

Fdo.: _____