

## DECLARACIÓN DE LA EMPRESA SOBRE LA REDUCCIÓN DE JORNADA DE LA PERSONA TRABAJADORA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

Sello de entrada de Mutua Universal

### 1. DATOS DE LA EMPRESA

D/D <sup>a</sup>		DNI – NIE - Pasaporte		Cargo en la empresa			
Nombre o razón social		Código de Cuenta de Cotización (CCC)					
Domicilio habitual: (calle o plaza)		Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código Postal
Localidad		Provincia				Teléfono	

### 2. DATOS DE LA PERSONA TRABAJADORA

Apellidos y Nombre		DNI – NIE - Pasaporte	
<input type="checkbox"/> Trabajador/a <input type="checkbox"/> Socio/a trabajador/a <input type="checkbox"/> Empleado/a de hogar fijo/a		Número de la Seguridad Social	

### DECLARA

Que la citada persona trabajadora, para acceder a la prestación económica para el cuidado del/la menor enfermo/a y a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ %

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma y Sello

<sup>(1)</sup> La reducción de la jornada de trabajo ha de ser a partir del 50%