

Declaració de l'empresa sobre la reducció de jornada del treballador per a l'atenció de menors afectats per càncer o una altra malaltia

1. DADES DE L'EMPRESA

| | | | |
|-----------------------------|-----------|------------------------------------|--------------------|
| El Sr. / La Sra. | | NIF/NIE/Passaport | Càrrec a l'empresa |
| Nom o raó social | | Codi de compte de cotització (CCC) | |
| Domicili (carrer/plaça/...) | | | Codi postal |
| Localitat | Província | | Telèfon |

2. DADES DEL/DE LA TREBALLADOR/A

| | | |
|--------------------------------------|---|--|
| Primer cognom | Segon cognom | Nom |
| DNI/NIE/passaport | | Número de la Seguretat Social |
| <input type="checkbox"/> Treballador | <input type="checkbox"/> Soci treballador | <input type="checkbox"/> Treballador de llar fix |

DECLARA:

Que l'esmentat/ada treballador/a, per a accedir a la prestació econòmica per a l'atenció del menor malalt i a càrrec seu, ha reduït la jornada de treball en un (1) _____%

_____, ____ de/d' _____ de 20 ____
 Signatura i segell

(1) La reducció de la jornada de treball ha de ser, almenys, d'un 50% sobre una jornada teòrica de 40 hores setmanals.