

Nº Expediente: .....

---

**Certificado empresa (Solicitante)**  
**para la Prestación Económica por Cuidado de Menores Afectados por Cáncer u Otra Enfermedad Grave**

---

D/Dña: ....., con DNI/NIE ....., en calidad de .....

**CERTIFICA,**

que son ciertos los datos relativos a la empresa, así como los personales, profesionales y de cotización, que a continuación se consignan:

**Datos de la EMPRESA**

---

Nombre o razón social: .....  
CCC: ..... /..... /.....  
Domicilio .....  
Actividad económica de la empresa: .....  
Persona/s de contacto: ..... Teléfono/s: ..... //.....  
Correo electrónico: .....

**Datos del TRABAJADOR**

---

Apellidos y Nombre: .....  
DNI/NIE: ..... NAF: ..... /..... /.....

**Datos del CONTRATO**

---

Tipo Contrato: ..... Tipo de jornada laboral:  Tiempo completo  Tiempo parcial  
Jornada semanal: ..... h/sem. → Distribución: .....  
.....  
¿Es una actividad estacional o periódica? No  Sí  → Periodos de actividad: .....  
.....  
En caso de contrato temporal: Fecha finalización: ..... /..... /.....

**Datos sobre la REDUCCIÓN DE JORNADA**

---

¿Tiene el trabajador reducida su jornada por "Cuidado de Menor con Enfermedad Grave"?  No  Sí →  
Desde: ..... /..... /..... Porcentaje jornada actual: ..... %. → Distribución Jornada: .....  
.....  
En el momento de la reducción de jornada por "Cuidado de Menor con Enfermedad Grave" ¿Tenía una reducción de jornada previa?  No  Sí → Desde: ..... /..... /..... - Motivo: .....  
..... Porcentaje jornada: ..... %. → Distribución Jornada: .....  
.....  
¿Ha disfrutado de alguna reducción de jornada en el último año?  No  Sí → Desde: ..... /..... /.....  
hasta: ..... /..... /..... - Motivo: .....  
Porcentaje jornada: ..... %. → Distribución Jornada: .....  
.....

**Datos de COTIZACIÓN (anterior a la reducción por "Cuidado de Menor con Enfermedad Grave")**

- En caso de reducción sobre CONTRATO A TIEMPO COMPLETO, se certificarán la base de cotización del mes inmediatamente anteriores al de reducción de jornada:

a) Bases de cotización del mes anterior\*:

Base de contingencias profesionales ..... €      Nº de días .....

b) Cotizaciones de los 12 meses inmediatamente anteriores\*\*:

Por horas extraordinarias ..... €      Por otros conceptos ..... €

- En caso de reducción sobre CONTRATO A TIEMPO PARCIAL, se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores al de reducción de jornada:

a) Bases de cotización de 3 mes anteriores\*:

Año	Mes	Base Cont. Profesional*	Días
TOTAL			

b) Cotizaciones de los 12 meses inmediatamente anteriores\*\*:

Por horas extraordinarias ..... €      Por otros conceptos ..... €

(\*) Bases de cotización excluyendo los conceptos del apartado b):

(\*\*) Deberán certificarse las cantidades cotizadas en concepto de horas extraordinarias y otras remuneraciones **no prorrateadas** en las bases mensuales, correspondientes a los 12 meses anteriores a la suspensión del contrato.

**SISTEMA ESPECIAL AGRARIO:**

Jornadas Mensuales

Jornadas Reales → El contrato se encontraba en vigor en la fecha de la suspensión:  Sí     No

Nº jornadas mes/3 meses anteriores a la baja: .....; .....; .....

Salario real de la trabajadora: ..... €/día

Observaciones: .....

Y para que así conste, se expide y firma el presente certificado en ....., a ..... de ..... de 20....

(Firma y sello de la empresa)

**Información básica sobre privacidad**

MUTUA NAVARRA, en cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, INFORMA acerca de los datos que se recaben, incluidos datos especialmente protegidos:

- Responsable: MUTUA NAVARRA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 21, domiciliada en Pamplona, Polígono Industrial Landaben, C/ F, nº 4). Delegado de Protección de Datos: [dpd@mutuanavarra.es](mailto:dpd@mutuanavarra.es).
- Finalidad y legitimación: Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias y colaborar en la gestión de las contingencias en el ámbito de la Seguridad Social. Este tratamiento se realiza sobre la base de dar cumplimiento a las obligaciones aplicables a MUTUA NAVARRA como Mutua Colaboradora de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y normas de desarrollo).
- Destinatarios: los datos podrán ser cedidos si así fuera exigido en cumplimiento de la Ley, especialmente a la Seguridad Social y sus Organismos dependientes, Servicios Públicos de Salud, Juzgados y Tribunales, y terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales.
- Derechos: los interesados pueden en todo momento acceder, rectificar, suprimir, oponerse y limitar el tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. Por escrito, a MUTUA NAVARRA, en la dirección arriba indicada. Presencialmente, en cualquiera de nuestros centros, por correo electrónico a: [dpd@mutuanavarra.es](mailto:dpd@mutuanavarra.es), o ante la Agencia Española de Protección de Datos
- Más información sobre la Política de Privacidad en [www.mutuanavarra.es](http://www.mutuanavarra.es).

Sobre posibles contradicciones en el presente certificado o indicios de connivencia para obtener la prestación, se podrá solicitar informe a la Inspección de Trabajo. En cuyo caso se podrá adjuntar cualquier documento que integre el presente expediente. Y el plazo de treinta días para notificar el reconocimiento o denegación del derecho al subsidio quedará suspendido hasta la recepción de dicho informe.