

DATOS DE LA EMPRESA

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL REINTEGRO		
DNI/NIE/PASAPORTE DEL SOLICITANTE		CARGO DESEMPEÑADO EN LA EMPRESA
RAZÓN SOCIAL / DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
CIF/NIF EMPRESA		CODIGO CUENTA DE COTIZACIÓN (CCC)
DOMICILIO -NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA - BLOQUE- NÚM.- PISO- PUERTA		CÓDIGO POSTAL
LOCALIDAD	PROVINCIA	TELÉFONO

DATOS DE LA DEVOLUCIÓN QUE SE SOLICITA

MOTIVO DE LA SOLICITUD

DATOS DEL TRABAJADOR/A

NOMBRE Y APELLIDOS TRABAJADOR		DNI-NIE	NAF	
FECHA DE BAJA	FECHA DE ALTA	PERIODO SOLICITADO		IMPORTE SOLICITADO
		DESDE	HASTA	

DATOS ENTIDAD FINANCIERA

TITULAR DE LA CUENTA	N.I.F./C.I.F.
----------------------	---------------

IBAN* : _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE APORTAR

- 1.- Documento que acredite la titularidad de la cuenta
- 2.- Certificación original emitida por la Dirección Provincial de la Tesorería General de la Seguridad Social, en la que se certifique la situación de la empresa respecto al ingreso de cotizaciones.

En el caso de que la persona solicitante no pertenezca a la empresa se podrá requerir el documento que acredite la autorización o representación. Asimismo, según los motivos que han dado lugar a la diferencia, podrá ser requerida documentación adicional.

DECLARO, que el trabajador al que se hace referencia en esta petición ha percibido las cantidades que se solicitan en concepto de subsidio de incapacidad temporal en la nómina correspondiente así como que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud.

En, a de de 20.....

Firma y sello de la empresa