

CERTIFICADO DE EMPRESA
PARA LA SOLICITUD DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

D/Dª con DNI - NIE - TIE

que desempeña en la empresa el cargo de

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

1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o razón social					Código de cuenta de cotización						
Domicilio					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	Código postal	
Localidad					Provincia					Teléfono	

2. DATOS DE LA TRABAJADORA

Apellidos y nombre					DNI - NIE - TIE					
Domicilio					Número	Bloque	Escalera	Piso	Puerta	
Código postal	Localidad				Provincia				Número de la Seguridad Social	
Profesión				Grupo de cotización	Fecha de suspensión del contrato de trabajo					

3. DATOS DE COTIZACIÓN DEL MES ANTERIOR A LA SUSPENSIÓN DEL CONTRATO

a) Bases de cotización del mes anterior, excluyendo los conceptos del apartado b)			
Base de contingencias comunes	Núm. de días	Base de contingencias profesionales	Núm. de días
b) Bases de cotización por horas extraordinarias y otros(*)			
Base de contingencias comunes	Núm. de días	Base de contingencias profesionales	Núm. de días

EN CASO DE CONTRATO A TIEMPO PARCIAL: se certificarán las bases de cotización de los tres meses inmediatamente anteriores a la fecha de la suspensión del contrato de trabajo.

Año	Mes	Núm. días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Base de cotización de contingencias profesionales
TOTALES				

RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA	
Trabajadora	☐ Fija ☐ Eventual
¿Se encontraba en vigor el contrato en la fecha de la baja?	
☐ SÍ ☐ NO	
Núm. jornadas reales mes anterior a la baja	
Salario real de la trabajadora €/día	

....., a de de 20
Firma y sello

(*) Deberán certificarse las bases de cotización, por horas extras y otras remuneraciones que no hayan sido objeto de prorrateo en las bases mensuales de cotización, de los doce meses anteriores a la suspensión del contrato.