

F) CERTIFICADO DE COTIZACIONES DE LA EMPRESA PARA LA SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES ECONÓMICAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO O LA LACTANCIA NATURAL

Sólo para las solicitudes de las trabajadoras por cuenta ajena

D/D^a _____ 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 profesionales	Núm. de días	Base de contingencias comunes	Núm. de días																									
b) Bases de cotización, por horas extraordinarias y otros (*)																												
Base de contingencias profesionales	Núm. de días	Base de contingencias comunes	Núm. de días																									
<p>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.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Año</th> <th>Mes</th> <th>Núm. días cotizados</th> <th>Base de cotización de contingencias comunes</th> <th>Base AT/EP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TOTALES</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				Año	Mes	Núm. días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Base AT/EP																TOTALES				
Año	Mes	Núm. días cotizados	Base de cotización de contingencias comunes	Base AT/EP																								
TOTALES																												
<p>RÉGIMEN ESPECIAL AGRARIO CUENTA AJENA</p> <p>Trabajadora <input type="checkbox"/> Fija <input type="checkbox"/> Eventual</p> <p>Núm. jornadas reales mes anterior a la baja _____</p> <p>Salario real de la trabajadora _____ €/día</p>																												

_____, 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.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre sobre Protección de datos de carácter personal y legislación que la desarrolla, le informamos que los datos facilitados por Usted quedarán incorporados a un fichero dado de alta en la Agencia Española de Protección de Datos del que es responsable **umivale**, siendo su finalidad el calculo, control y tramitación de las prestaciones que se le puedan reconocer. Usted podrá en todo momento, ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación mediante solicitud dirigida a **umivale** Avda Reial Monestir de Poblet nº 20, C.P.: 46930, Quart de Poblet (Valencia).