

# Certificado de la Empresa

D/Dña..... con DNI o NIE nº..... que desempeña en la empresa el cargo de .....

**CERTIFICADO:** A efectos de solicitud de prestación por Incapacidad Temporal por el/la trabajador/a mencionado/a, que son ciertos los datos relativos a la Empresa, así como los personales, profesionales y de cotización del/de la trabajador/a que a continuación se cosignan:

## 1. DATOS DE LA EMPRESA

Nombre o Razón Social		Código Cuenta Cotización	
Domicilio social (Calle/plaza)		Número	C. Postal
Localidad	Provincia	Actividad económica	Teléfono
Domicilio y localidad del centro de trabajo (sólo cumplimentar si es distinto del domicilio social)			

## 2. DATOS DEL/LA TRABAJADOR/A

Datos personales	Apellidos y nombre		Nº DNI o NIE		
	Domicilio (Calle o plaza y nº)		Población	C. Postal	
Datos Seguridad Social	Nº Afiliación S.S.	Grupo de cotización		Tipo Contrato	
	Profesión	Categoría		Fecha Alta en Empresa	
	Fecha de extinción de la Relación Laboral	Causa de la Ext. de la relación Laboral			Código
	Nº de días de vacaciones anuales retribuidas y no disfrutadas antes del cese				

## 3. COTIZACIONES POR CONTINGENCIAS COMUNES Y DE DESEMPLEO (durante los 180 días precedentes a la extinción contractual)

Año	Mes	Número de días cotizados	Base cotización contingencias comunes	Base cotización desempleo	Observaciones
<b>TOTALES</b>					

**Firma y sello**

En....., a ..... de ..... de .....

**A RELLENAR ÚNICAMENTE EN LOS SUPUESTOS DE EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL; PODRÁ SUSTITUIRSE POR OTRO CERTIFICADO QUE EXPIDA O HAYA EXPEDIDO LA EMPRESA.**