



Rexistro INSS

CERTIFICADO DE SALARIOS PARA CONTINXENCIAS PROFESIONAIS

ENTIDADE DE COBERTURA: INSS/MUTUA

Pode solicitar este trámite a través da Sede Electrónica da Seguridade Social (<https://sede.seg-social.gob.es>), tanto con certificado dixital como con Cl@ve permanente. Se non dispón de ningún sistema de identificación electrónica, poderá realizar o trámite en <https://run.gob.es/tramites> ou presentar un exemplar asinado por correo ordinario ou nun centro de atención e información da Seguridade Social solicitando cita previa nos teléfonos 901 10 65 70 / 91 541 25 30 ou en <https://run.gob.es/trdcita>

DATOS DA EMPRESA

| | | | | |
|---|-----------|------------------|-------------------------------|---------------------|
| Nome ou razón social | | | Código conta cotización (CCC) | |
| Domicilio (rúa ou praza e número) | | | Localidade | |
| Código postal | Provincia | Núm. de teléfono | Actividade | |
| Nome e apelidos da persoa que certifica | | | DNI - NIE - pasaporte | Cargo en la empresa |

DATOS DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

| | | | |
|--------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------|
| Apellidos e nome | | DNI - NIE - pasaporte | Núm. da Seguridade Social |
| Lugar do accidente | Data do accidente | Data da baixa | Data ingreso na empresa |
| Profesión | | Tarefas realizadas | |

DATOS LABORAIS

Tipo de contrato: Fixo Fixo discontinuo Eventual Tempo parcial Pluriemplego

Modalidade de remuneración { Por unidade de tempo diaria semanal mensual
 Por unidade de obra
 Mixta

Normativa sectorial ou Convenio colectivo aplicable

DATOS SALARIAIS

Contías percibidas o día do accidente:

| | | | |
|--|---|-------------------------|---|
| • Soldo ou xornal por unidade de tempo | € | – Casa habitación | € |
| • Remuneración por tarefa ou unidade de obra | € | – Alimentos | € |
| Pagas extraordinarias anuais: Xullo | € | – Antigüidade | € |
| | | Decembro | € |
| | | Outras | € |

Contías referidas aos 365 días inmediatamente anteriores ao do accidente:

Beneficios ou participación en ingresos computables

Pluses e retribucións complementarias:

| | | | |
|---|---|--|---|
| – Comisiones | € | – Primas de asistencia | € |
| – Horas extraordinarias | € | – Primas de produción | € |
| – Traballos nocturnos, penosos, tóxicos e perigosos | € | – Incentivos por unidade de obra | € |
| – Outros | € | – Outros | € |

Días laborables efectivamente traballados: **Días laborables segundo Convenio:**



Apellidos e nome:

DNI - NIE - pasaporte



DATOS TEMPO PARCIAL

Número de horas efectivamente traballadas nos 365 días anteriores:

Xornada habitual na actividade

Xornada contratada

E para que conste ante a Dirección Provincial do Instituto Nacional da Seguridade Social/Mutua de Accidentes de Tráballo e Enfermidades Profesionais, expídese a presente certificación

....., a de de 20

Conforme o traballador

Sinatura e selo da empresa

Se vai presentar esta solicitude por Internet, non é preciso que asine este formulario