Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

SECRETARÍA DE ESTADO DA SEGURIDADE SOCIAL E PENSIONS
SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y PENSIONES

INSTITUTO SOCIAL DA MARIÑA
INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA

Rexistro do ISM

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA A PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDADE NO COIDADO DO LACTANTE

Pode realizar 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 enviar un exemplar asinado por correo ordinario ou presentalo nunha Dirección Provincial ou Local do Instituto Social da Mariña solicitando cita previa en ***https://run.gob.es/xnka31ad***, ou a través da aplicación móbil "**ISM no teu peto**".

D./Dª..... co DNI - NIE - pasaporte .....

que exerce na empresa o cargo de.....

ACREDITA que son certos os datos relativos á empresa, así como os persoais, profesionais e de cotización, que a seguir se consignan:

1. DATOS DA EMPRESA

Nome ou razón social						Código de conta de cotización
Enderezo habitual: (rúa, praza …)	Número	Bloque	Escaleira	Andar	Porta	Código postal
Localidade	Provincia					Teléfono

2. DATOS DO/DA TRABALLADOR/A PARA A PRESTACIÓN POR CORRESPONSABILIDADE NO COIDADO DO LACTANTE

Apelidos e nome			DNI - NIE - pasaporte	Número da Seguridade Social
Data de alta na empresa	Grupo de cotización	¿Cotiza por desemprego? SÍ ☐ NON ☐		Data de baixa na empresa (no seu caso)

3. DATOS DO LACTANTE POLO QUE SE SOLICITA A PRESTACIÓN

Primeiro apelido	Segundo apelido	Nome

4. DATOS DA REDUCIÓN DA XORNADA POLO COIDADO DO LACTANTE

A redución da xornada de traballo comeza a data ..... ata .....

Número de xornadas de traballo semanais: .....

Número de horas de traballo semanais: .....

Número de horas de traballo reducidas semanais: .....

Porcentaxe da redución da xornada de traballo (1) : ..... %

¿Ten redución de xornada por garda legal? (2) SÍ ☐ NON ☐

En caso afirmativo, indique dende que data ....., e informe no apartado seguinte da base de cotización por continxencias comúns durante o mes anterior á data de inicio da redución de xornada de traballo por coidado do lactante indicada no apartado 3, sen aplicación da redución da xornada por garda legal.

Ano	Mes	Num. de días	Base de cotización de continxencias comúns

Observacións

20230717

C-143 gal V.2

4. BASE DE COTIZACIÓN POR CONTINXENCIAS COMÚNS DO MES ANTERIOR Á DATA DE INICIO DA REDUCIÓN DE XORNADA POR COIDADO DO LACTANTE (no caso dun contrato a tempo parcial acreditaránse os 3 meses inmediatamente anteriores)

Ano	Mes	Núm.de días cotizados	Base de cotización de continxencias comúns	Observacións

20230717

..... , a ..... de ..... de 20.....

Sinatura e selo

C-143 gal V.2

(1) O cálculo efectuarase dividindo o número de horas semanais reducidas entre as horas semanais que deberían realizarse se a xornada non fose reducida. O resultado multiplicarase por 100.

(2) Sempre que se ache dentro dos dous primeiros anos do período de redución de xornada, segundo se recolle no artº 237.3, parágrafo 1º, da Lei Xeral da Seguridade Social.