



Rexistro do INSS

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>

XUBILACIÓN ANTICIPADA EN VIRTUDE DUN ACORDO COLECTIVO

(art. 3. da Lei 35/2002, de 12 de xulio, BOE do día 13)
Para maiores de 60 anos de idade e menores de 65

A EMPRESA

Denominación da empresa		Actividade	Código da conta de cotización				
Domicilio (rúa ou praza e número)			Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta
Código postal	Localidade		Provincia				
Nome e apellidos da persoa que certifica			Cargo que desempeña				

CERTIFICA:

1º.- Que a persoa traballadora que se indica a continuación, que prevé xubilarse na data

Apellidos e nome	DNI-NIE-pasaporte	Data de nacemento
------------------	-------------------	-------------------

prestou servizos nesta empresa, na que causou baixa por extinción do contrato de traballo na data

2º.- Que según consta nesta empresa, na data da baixa tiña ao seu cargo fillos menores de 26 anos

3º.- Que as bases de cotización por desemprego (continxencias profesionais, excluída a retribución por horas de los extraordinarias) dos 180 días inmediatamente anteriores ao da baixa foron:

Ano Mes	Ano Mes	Ano Mes	Ano Mes
Núm. días cotizados	Núm. días cotizados	Núm. días cotizados	Núm. días cotizados
Base €	Base €	Base €	Base €
Ano Mes	Ano Mes	Ano Mes	Ano Mes
Núm. días cotizados	Núm. días cotizados	Núm. días cotizados	Núm. días cotizados
Base €	Base €	Base €	Base €

4º.- Que, pola obriga adquirida no acordo colectivo de data, durante os 2 anos inmediatamente anteriores á data prevista de xubilación, aboáronselle as cantidades seguintes(*):

Datas	Importe €	Pagamento único	Pagamento mensual
Ano Desde de, hasta de		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano Desde de, hasta de		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ano Desde de, hasta de		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asina esta certificación para a súa presentación na Dirección Provincial do Instituto Nacional da Seguridade Social

en, o de do 20

(Sinatura e selo da empresa)

(* Se houbo un pagamento único aboado na data da baixa, indicárase a parte proporcional do período solicitado (2 anos)