Borrar

MINISTERIO
DE INCLUSIÓN, SEGURIDAD SOCIAL
Y MIGRACIONES

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

INSTITUTO NACIONAL DA SEGURIDADE SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Rexistro do INSS

CERTIFICADO DE EMPRESA PARA A SOLICITUDE DE RISCO DURANTE O EMBARAZO OU A LACTACIÓN NATURAL

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***

Don/Dona ..... con DNI - NIE - pasaporte .....

que desempeña na empresa o cargo de .....

CERTIFICA que son certos os datos relativos á empresa, así como os persoais, profesionais e de cotización que a continuación se indican:

1. DATOS DA EMPRESA

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

2. DATOS DA TRABALLADORA

Apelidos e nome						DNI - NIE - pasaporte
Enderezo habitual: (rúa, praza...)	Número	Bloque	Escaleira	Piso	Porta	Código postal
Localidade	Provincia					Número da Seguridade Social
Profesión	Grupo de cotización		Data de suspensión do contrato de traballo			

3. DATOS DE COTIZACIÓN DO MES ANTERIOR Á SUSPENSIÓN DO CONTRATO

a) Bases de cotización do mes anterior, excluíndo os conceptos do apartado b)

Base de continxencias profesionais	Núm. de días	Observacións

b) Cotizacións dos doce meses inmediatamente anteriores á suspensión do contrato(*)

Por horas extraordinarias	Por outros conceptos	Observacións

EN CASO DE CONTRATO A TEMPO PARCIAL, certificaranse as bases de cotización dos tres meses anteriores á data da suspensión do contrato de traballo.

Ano	Mes	Núm. de días cotizados	Base de continxencias profesionais	Observacións
		TOTAIS		

SISTEMA ESPECIAL AGRARIO CONTA ALLEA

Traballadora { Fixa ☐ / Eventual ☐

Núm. xornadas reais mes anterior á suspensión do contrato .....

Salario real da traballadora ..... €/día

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

Sinatura e selo

(*) Deberán indicarse as bases de cotización, por horas extra (non se inclúen as do mes da suspensión) e outras remuneracións que non fosen obxecto de rateo nas bases mensuais de cotización.