

CERTIFICADO DE LA EMPRESA O ENTIDAD EN LA QUE PRESTA SUS SERVICIOS LA PERSONA SOLICITANTE DE LA SUBVENCIÓN POR EXCEDENCIA O REDUCCIÓN DE JORNADA DE TRABAJO PARA EL CUIDADO DE HIJOS O DE HIJAS (1)

Nombre de la empresa o entidad: _____

NIF: _____ Tfno.: _____ E-mail.: _____

Plantilla de la empresa o entidad (marcar la opción correspondiente): <=10 11-50 51-250 >251

Marque con **X** el código del sector de actividad al que pertenezca la empresa:

SECTOR DE ACTIVIDAD	CÓDIGO	
AGRICULTURA, GANADERÍA, CAZA Y SEVICULTURA	A	<input type="checkbox"/>
PESCA	B	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIAS EXTRACTIVAS	C	<input type="checkbox"/>
EXTRACCIÓN DE PRODUCTOS ENERGÉTICOS	CA	<input type="checkbox"/>
EXTRACCIÓN DE OTROS MINERALES	CB	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA MANUFACTURERA	D	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN, BEBIDAS Y TABACO	DA	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA TEXTIL Y DE LA CONFECCIÓN	DB	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DEL CUERO Y DEL CALZADO	DC	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DE LA MADERA Y DEL CORCHO	DD	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DEL PAPEL: EDICIÓN Y ARTES GRÁFICAS	DE	<input type="checkbox"/>
REFINO DEL PETRÓLEO Y TRATAMIENTO DE COMBUSTIBLES	DF	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA QUÍMICA	DG	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DE LA TRANSFORMACIÓN DEL CAUCHO	DH	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DE OTROS PRODUCTOS MINERALES NO METÁLICOS	DI	<input type="checkbox"/>
METALURGIA Y FABRICACIÓN DE PRODUCTOS METÁLICOS	DJ	<input type="checkbox"/>

SECTOR DE ACTIVIDAD	CÓDIGO	
INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN DE MAQUINARIA	DK	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIA DE MATERIAL Y EQUIPO ELÉCTRICO, ELECTRÓNICA	DL	<input type="checkbox"/>
FABRICACIÓN DE MATERIAL DE TRANSPORTE	DM	<input type="checkbox"/>
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS DIVERSAS	DN	<input type="checkbox"/>
PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	E	<input type="checkbox"/>
CONSTRUCCIÓN	F	<input type="checkbox"/>
COMERCIO, REPARACIÓN DE VEHÍCULOS	G	<input type="checkbox"/>
HOSTELERÍA	H	<input type="checkbox"/>
TRANSPORTE, ALMACENAMIENTO Y COMUNICACIONES	I	<input type="checkbox"/>
INTERMEDIACIÓN FINANCIERA	J	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES INMOBILIARIAS Y DE ALQUILER	K	<input type="checkbox"/>
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, DEFENSA Y SEGURIDAD SOCIAL	L	<input type="checkbox"/>
EDUCACIÓN	M	<input type="checkbox"/>
ACTIVIDADES SANITARIAS Y VETERINARIAS	N	<input type="checkbox"/>
OTRAS ACTIVIDADES SOCIALES Y DE SERVICIOS PRESTADOS	O	<input type="checkbox"/>
ORGANISMOS EXTRATERRITORIALES	Q	<input type="checkbox"/>

D/Dª _____
 con DNI: _____, **REPRESENTANTE** de la empresa o entidad indicada, **CERTIFICA**
 que _____ (nombre y apellidos de la persona acogida a la
 excedencia o reducción de jornada), presta sus servicios en _____
 _____ (dirección y municipio del centro de trabajo).

Marque con **X** el tipo de relación laboral que vincula al trabajador en excedencia o reducción con la empresa o entidad que certifica:

SECTOR DE ACTIVIDAD	CÓDIGO	
TRABAJADOR/A POR CUENTA AJENA DE ENTIDAD PRIVADA	A1	<input type="checkbox"/>
SOCIO O SOCIA DE TRABAJO EN ENTIDAD PRIVADA	A2	<input type="checkbox"/>
PERSONAL ESTATUTARIO DE LA ADMÓN. CENTRAL	E1	<input type="checkbox"/>
PERSONAL ESTATUTARIO DE LA ADMÓN. AUTÓNOMA	E2	<input type="checkbox"/>
PERSONAL ESTATUTARIO DE LA ADMÓN. FORAL	E3	<input type="checkbox"/>
PERSONAL ESTATUTARIO DE LA ADMÓN. MUNICIPAL	E4	<input type="checkbox"/>
FUNCIONARIO/A ADMINISTRACIÓN CENTRAL	F1	<input type="checkbox"/>

SECTOR DE ACTIVIDAD	CÓDIGO	
FUNCIONARIO/A ADMINISTRACIÓN AUTÓNOMICA	F2	<input type="checkbox"/>
FUNCIONARIO/A ADMINISTRACIÓN FORAL	F3	<input type="checkbox"/>
FUNCIONARIO/A ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL	F4	<input type="checkbox"/>
PERSONAL LABORAL CENTRAL	L1	<input type="checkbox"/>
PERSONAL LABORAL AUTONÓMICO	L2	<input type="checkbox"/>
PERSONAL LABORAL FORAL	L3	<input type="checkbox"/>
PERSONAL LABORAL MUNICIPAL	L4	<input type="checkbox"/>

(1) El certificado de empresa ha de ser original, no admitiéndose en ningún caso fotocopias, ni certificados que contengan enmiendas o tachaduras.

Marque con **X** el tipo de contrato que vincula a la persona trabajadora en excedencia o reducción con la empresa o entidad que certifica:

SECTOR DE ACTIVIDAD	CÓDIGO	
INDEFINIDO	1	<input type="checkbox"/>
TEMPORAL <1 MES	2	<input type="checkbox"/>
TEMPORAL DE 1 A 6 MESES	3	<input type="checkbox"/>

SECTOR DE ACTIVIDAD	CÓDIGO	
TEMPORAL DE 6 MESES A 1 AÑO	4	<input type="checkbox"/>
TEMPORAL > 1 AÑO	5	<input type="checkbox"/>
OTROS	6	<input type="checkbox"/>

TIPO DE JORNADA PREVIA SEGÚN CONTRATO

Debe indicar la jornada laboral ordinaria de la persona solicitante según su contrato de trabajo, sin considerar ninguna reducción que haya podido disfrutar

CONTRATO A TIEMPO PARCIAL _____ % (porcentaje en relación a la jornada laboral completa según convenio del sector)

CONTRATO A TIEMPO COMPLETO

LA EMPRESA O ENTIDAD CERTIFICA:

QUE D/D^a _____ (nombre y apellidos de la persona trabajadora) está o ha estado en situación de conciliación de la vida familiar y laboral según se detalla a continuación: (rellénesse según proceda).

<u>Día Mes Año</u>	<u>Día Mes Año(*)</u>	<u>SITUACIÓN SUBVENCIONABLE</u>		<u>PORCENTAJE REDUCCIÓN</u>
1. Desde: _____	Hasta: _____	<input type="checkbox"/> Excedencia	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada	_____ %
2. Desde: _____	Hasta: _____	<input type="checkbox"/> Excedencia	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada	_____ %
3. Desde: _____	Hasta: _____	<input type="checkbox"/> Excedencia	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada	_____ %
4. Desde: _____	Hasta: _____	<input type="checkbox"/> Excedencia	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada	_____ %
5. Desde: _____	Hasta: _____	<input type="checkbox"/> Excedencia	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada	_____ %
6. Desde: _____	Hasta: _____	<input type="checkbox"/> Excedencia	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada	_____ %

(*) Esta fecha se cumplimentará únicamente cuando haya finalizado la situación de excedencia o reducción de jornada. Por tanto, su no cumplimentación indica que, a fecha de emisión del certificado, la persona continúa en la misma situación.

QUE dicha excedencia o reducción de jornada de trabajo supone una reducción efectiva en la renumeración de la persona trabajadora

¿Has finalizado la situación subvencionable?

Reducción de jornada Sí NO Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha en que finalizó _____

Excedencia Sí NO Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha en que finalizó _____

En _____ a, _____ (2)

FIRMA DE LA PERSONA QUE EMITE EL CERTIFICADO	SELLO DE LA EMPRESA O ENTIDAD
---	--------------------------------------

Art. 54 del Decreto 177/2010, de 29 de junio, sobre la conciliación de la vida laboral y familiar:

"Inspección y control.

El Departamento de Empleo y Políticas Sociales podrá realizar las acciones de inspección y control necesarias para garantizar el cumplimiento de las finalidades perseguidas por este Decreto."

(2) No se reconocerán aquellos periodos que sean posteriores a la fecha de emisión del presente certificado. En todo caso, no se reconocerán los periodos certificados que excedan de la fecha de solicitud de la ayuda.