

**ANEXO B  
CERTIFICADO DE EMPRESA**

**Datos de la persona empleadora (la que contrata)**

DNI / NIE / Pasaporte: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Representante de la empresa: \_\_\_\_\_

**CERTIFICA QUE**

**Datos de la persona trabajadora (la contratada)**

DNI / NIE / Pasaporte: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Presta servicios retribuidos en dicha empresa con un contrato inicial:

contrato a tiempo parcial —> \_\_\_\_ % (porcentaje al que está contratada)

contrato a tiempo completo

Ha estado en excedencia o reducción de jornada por  cuidado de persona menor

cuidado de familiar con dependencia

Durante los siguientes periodos:

Situación	Porcentaje de reducción	Fecha inicio	Fecha fin (Si continúa en dicha situación, indíquelo)
<input type="checkbox"/> Excedencia <input type="checkbox"/> Reducción			
<input type="checkbox"/> Excedencia <input type="checkbox"/> Reducción			
<input type="checkbox"/> Excedencia <input type="checkbox"/> Reducción			
<input type="checkbox"/> Excedencia <input type="checkbox"/> Reducción			
<input type="checkbox"/> Excedencia <input type="checkbox"/> Reducción			

Si ha tenido algún día de inactividad por permisos sin sueldo, huelgas, ERTes, etc. indíquelo:

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**Firma y sello persona empleadora**

**Firma persona empleada**