



**DECLARACIÓN DEL TRABAJADOR/A,
RESPONSABLE DEL INGRESO DE CUOTAS,
SOBRE REDUCCIÓN DE SU JORNADA DE
TRABAJO PARA EL CUIDADO DE MENORES
AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE**

D/D^a

con DNI - NIE - pasaporte número de la Seguridad Social

y domicilio en

.....

....., a de de 20

Firma solicitante

(Lopd)

(1) La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, al menos, de un 50% sobre una jornada teórica de 40 horas semanales .