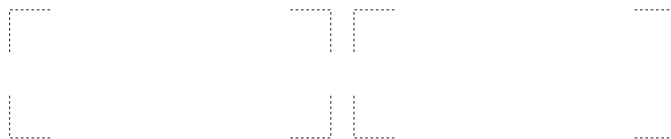


## Declaración del trabajador/a, responsable del ingreso de cuotas, sobre reducción de su jornada de trabajo para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave



D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

con DNI - NIE - pasaporte \_\_\_\_\_ número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_

y domicilio en \_\_\_\_\_

### DECLARA:

1. Que su actividad económica, oficio o profesión es \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

que en razón de la misma se encuentra incluido/a en el Régimen Especial de \_\_\_\_\_

Y que, para acceder a la prestación económica para el cuidado del menor enfermo y su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un (1) \_\_\_\_\_ %

2. Esta reducción de jornada queda cubierta de la siguiente manera:

Soy titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza:

1. Y que durante la situación de "cuidado del menor" esa reducción de mi jornada queda gestionada por:

Familiar: D./Dña. \_\_\_\_\_

con DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ N° afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

parentesco \_\_\_\_\_

Empleado: D./Dña. \_\_\_\_\_

con DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ N° afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

parentesco \_\_\_\_\_

Otra persona: D./Dña. \_\_\_\_\_

con DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_ N° afiliación a la Seguridad Social \_\_\_\_\_

parentesco \_\_\_\_\_

No soy el titular de un establecimiento mercantil, industrial o de otra naturaleza.

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

Firma solicitante

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

## Información detallada sobre protección de datos:

El firmante de este documento manifiesta que los datos personales son ciertos y que si se facilitan datos de terceros les ha informado y recabado su consentimiento para comunicarlos.

**Responsable del tratamiento:** Los datos personales facilitados son tratados por IBERMUTUA, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274 (IBERMUTUA) con domicilio en la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid, 28043, teléfono de contacto 900233333 y email de contacto [atencionalcliente@ibermutua.es](mailto:atencionalcliente@ibermutua.es). Puede contactar con el delegado de protección de datos en la dirección [dpd@ibermutua.es](mailto:dpd@ibermutua.es)

**Finalidades del tratamiento:** Los datos personales son tratados para gestionar la relación con IBERMUTUA o tramitar su solicitud o el expediente de prestaciones. Siendo los datos necesarios para los fines indicados.

**Legitimidad:** La base de licitud del tratamiento de los datos personales es el cumplimiento de las obligaciones legales de IBERMUTUA como mutua colaboradora con la Seguridad Social.

**Destinatarios de los datos:** Los datos personales podrán ser comunicados a los organismos de la Seguridad Social y entidades incluidos en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas, en cumplimiento de una obligación legal.

**Plazo de conservación de los datos:** Los datos personales serán conservados durante los plazos exigidos legalmente.

**Ejercicio de derechos:** Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, cuando este último legalmente proceda, enviando una comunicación a la calle Ramírez de Arellano nº 27, Madrid-28043 o la dirección [derechosdatospersonales@ibermutua.es](mailto:derechosdatospersonales@ibermutua.es) concretando el derecho solicitado y acreditando su identidad.

También tiene derecho a presentar una reclamación a la Agencia Española de Protección de Datos, siendo sus datos de contacto [www.agpd.es](http://www.agpd.es) o C/Jorge Juan, 6. 28001-Madrid, y/o teléfono de contacto 912 663 517.

**Más información:** En el Aviso legal y Privacidad de [www.ibermutua.es](http://www.ibermutua.es)