

D/Dª \_\_\_\_\_ con DNI/NIE/Pasaporte \_\_\_\_\_

que desempeña en la empresa el cargo de \_\_\_\_\_

CERTIFICA que son ciertos todos los datos que a continuación se consignan:

**1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA**

Nombre de la empresa o Razón Social \_\_\_\_\_ C.I.F. / N.I.F. \_\_\_\_\_ Código Cuenta Cotización \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_ Esc. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Puerta \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Población \_\_\_\_\_

Actividad económica de la empresa \_\_\_\_\_

¿Es una actividad estacional o periódica?  NO  SÍ **Periodos de actividad**

Ene.  Feb.  Mar.  Abr.  May.  Jun.  Jul.  Ago.  Sept.  Oct.  Nov.  Dic. (Rellenar sólo si la actividad es estacional o periódica)

**2. PERSONA DE CONTACTO DE LA EMPRESA**

Apellidos y nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**3. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR**

Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte \_\_\_\_\_

Nº afiliación Seg. Social \_\_\_\_\_ Fecha de alta en la empresa \_\_\_\_\_ Tipo de contrato [Código] \_\_\_\_\_ [Descripción] \_\_\_\_\_

Tipo de jornada laboral  Tiempo completo  Tiempo parcial  Jornada semanal \_\_\_\_\_ h./sem.  ¿Trabaja a turnos?  SÍ  NO En caso de contrato no indefinido... Próxima renovación: \_\_\_\_\_

Detalle la distribución normal de su jornada laboral (previa a cualquier reducción de jornada):

		L	M	X	J	V	S	D
<b>Mañana</b>	Desde	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Hasta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Tarde</b>	Desde	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Hasta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<b>Noche</b>	Desde	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Hasta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Otras observaciones sobre la jornada laboral: \_\_\_\_\_

**4. SITUACIÓN ACTUAL DEL TRABAJADOR**

¿Tiene reducida su jornada laboral?  NO  SÍ, en un \_\_\_\_\_ % desde el \_\_\_\_\_

¿Está disfrutando algún tipo de excedencia?  NO  SÍ, hasta el \_\_\_\_\_

Causa de la reducción de jornada o excedencia: \_\_\_\_\_

Firma y sello de la empresa

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

Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, nº275, Domicilio social: Plaza Cánovas del Castillo, 3 - 28014 (MADRID) - C.I.F. : G-82287228 - fraternidad.com  
 Ref: FED-0091

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:****Responsable de tratamiento:**

Responsable de tratamiento Fraternidad-Muprespa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 275  
Cualquier duda y/o aclaración se pueden dirigir al delegado de Protección de Datos de Fraternidad-Muprespa a la dirección de correo electrónico [dpd@fraternidad.com](mailto:dpd@fraternidad.com).

**Finalidad:**

Gestionar las prestaciones económicas legalmente establecidas derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.  
Gestionar las actividades preventivas de la Seguridad Social.  
Gestionar las prestaciones especiales y sociales derivadas de la colaboración con la acción protectora de la Seguridad Social.

**Legitimación:**

Tratamiento necesario para el cumplimiento de una obligación legal.

**Destinatarios:**

Al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, y Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social en cumplimiento de la normativa de Seguridad Social y además se cederán o comunicarán a aquellos destinatarios que deban recibirlos en virtud de obligación legal.

**Derechos:**

Puede ejercer los derechos de portabilidad, limitación, acceso, rectificación, supresión y oposición, así como no ser objeto de decisiones individualizadas, tal y como se explica en la información adicional.

**Información adicional:**

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en nuestro portal web [fraternidad.com/rgpd](http://fraternidad.com/rgpd).