



**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:**

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 a su cargo, ha reducido su jornada de trabajo en un<sup>(1)</sup> ..... %

....., a ..... de ..... de 20 .....

Firma solicitante

En cumplimiento de lo establecido en la normativa sobre de Protección de Datos de Carácter Personal, Solimat Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72 le informa que sus datos de carácter personal serán objeto de tratamiento, con la finalidad del mantenimiento y cumplimiento de la relación. La base jurídica que legitima el tratamiento de sus datos es el cumplimiento de una obligación legal. Sus datos serán conservados de forma indefinida en nuestra entidad para atender a las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento. Usted podrá revocar el consentimiento prestado, así como ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad, en su caso, remitiendo un escrito a la siguiente dirección: Solimat, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 72, C/ Berna, 1, 45003, Toledo, adjuntando su NIF. Si considera que sus derechos no han sido debidamente atendidos, puede contactar con nuestro delegado de protección de datos lopd@solimat.com o interponer una reclamación frente a la Agencia Española de Protección de Datos.

(1) La reducción de la jornada de trabajo ha de ser, al menos, de un 50%.