

Área de Recursos Humanos

D./Dña.		DNI
Fecha de inicio de contrato:	Servicio al que está adscrito:	

DECLARA:

Que tengo acreditado:

- ☐ Un periodo de cotización de 180 días dentro de los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de alta en el Ayuntamiento de Leganés, para el caso de enfermedad común¹.
- ☐ Un periodo de cotización de 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha del parto o al inicio del descanso o, alternativamente, 360 días cotizados a lo largo de su vida laboral (maternidad/paternidad).

Si su situación no se ajusta a las anteriormente mencionadas, cumplimente el siguiente cuestionario:

☐ No puedo acreditar tener cotización anterior a la fecha de este contrato.

☐ Tengo acreditados días de cotización.

☐ Fecha de baja en la última empresa

Fecha y firma del trabajador/a

¹ En el caso de accidente, sea o no de Trabajo, y de enfermedad profesional no se exige periodo previo de cotización.

Área de Recursos Humanos

D./Dña.	DNI
Fecha de inicio de contrato:	Servicio al que está adscrito:

DECLARA:

Que tengo acreditado:

- ☐ Un periodo de cotización de 180 días dentro de los últimos 5 años inmediatamente anteriores a la fecha de alta en el Ayuntamiento de Leganés, para el caso de enfermedad común¹.
- ☐ Un periodo de cotización de 180 días dentro de los 7 años inmediatamente anteriores a la fecha del parto o al inicio del descanso o, alternativamente, 360 días cotizados a lo largo de su vida laboral (maternidad/paternidad).

Si su situación no se ajusta a las anteriormente mencionadas, cumplimente el siguiente cuestionario:

- ☐ No puedo acreditar tener cotización anterior a la fecha de este contrato.
- ☐ Tengo acreditados días de cotización.
- ☐ Fecha de baja en la última empresa

Fecha y firma del trabajador/a

¹ En el caso de accidente, sea o no de Trabajo, y de enfermedad profesional no se exige periodo previo de cotización.