

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL PARA EL CUIDADO DE FAMILIARES

Datos del / la solicitante:

1er Apellido	2º Apellido	Nombre
NIF	Nº Afiliación a la Seguridad Social	
Domicilio		
Código Postal	Localidad	Teléfono
Área de Salud de Cáceres	Centro de trabajo	
Puesto de trabajo que desempeña		

Datos relativos a la reducción de jornada:

De hasta el 50%	
Fecha de inicio de la reducción	
Fecha de finalización de la reducción	

El / la solicitante abajo firmante manifiesta que son ciertos los datos que se hacen constar en la presente solicitud, a la que se acompañan los documentos que al pie se relacionan.

En Cáceres, a ____ de _____ de 20__

Fdo. _____

Documentos a presentar junto con la solicitud:

- DNI del sujeto causante
- Informe médico que acredite, suficientemente, el carácter de la enfermedad como muy grave.
- Declaración responsable del peticionario de que ningún otro titular hace uso del disfrute de esta reducción, o en caso contrario, de la distribución entre todos los titulares.
- Fotocopia compulsada del libro de familia

Sr. /Sra. GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES – SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD