

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL PARA EL CUIDADO DE FAMILIAR DE PRIMER GRADO

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE		Nº. D.N.I.	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD
TELF:			
Nº AFILIACIÓN SS.SS.	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD DE CÁCERES		INSTITUCIÓN
PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA			

DATOS RELATIVOS A LA REDUCCIÓN DE JORNADA

TIEMPO DE REDUCCIÓN (HASTA EL 50%):
EL PERIODO MÁXIMO DE LA REDUCCIÓN ES DE UN MES:
FECHA DE INICIO DE LA REDUCCIÓN:
FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA REDUCCIÓN:
OBSERVACIONES:

El 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 dorso se relacionan.

En Cáceres a ____ de _____ de 20
(Firma)

**A LA DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA DE SALUD DE
CÁCERES.- SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD.**

DOCUMENTOS A APORTAR

-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