

## SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL PARA EL CUIDADO DE FAMILIAR DE PRIMER GRADO, MÁXIMO 1 MES (LEY 07/2007 DE 12 DE ABRIL)

### 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 un tercio o de un medio	1/3 <input type="checkbox"/>	1/2 <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de la reducción		
Fecha de finalización de la reducción		
Fecha de nacimiento del hijo		

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:

- . Fotocopia compulsada del libro de familia
- . Fotocopia compulsada del nif del sujeto causante y del peticionario
- . **Informe médico que** acredite suficientemente el carácter de enfermedad muy grave
- . Informe de la Tesorería General de la Seguridad Social de que no desempeña actividad retribuida.
- . Declaración del peticionario de que ningún otro titular hace uso del disfrute de esta reducción.

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

La presentación de la instancia deberá presentarse, al menos, 15 días de antelación a la fecha prevista.