

SOLICITUD DE REDUCCION DE JORNADA PARA EL CUIDADO DE FAMILIARES

Para cuidado de menores

Para cuidado de familiares

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I.
DOMICILIO	CP	LOCALIDAD
CATEGORÍA PROFESIONAL	CENTRO DE TRABAJO	

DATOS RELATIVOS A LA REDUCCION DE JORNADA

FECHA DE INICIO DE LA REDUCCION DE JORNADA	
PORCENTAJE DE REDUCCION DE JORNADA SOLICITADA (Se expresará en forma de % con un decimal si es necesario. No podrá ser superior al 50%)	

Importante. La fecha de finalización de la reducción de jornada se comunicará por escrito y a través del Registro, con indicación de la fecha de incorporación, debiendo ser tramitada con una antelación mínima de 10 días a la fecha de incorporación.

DATOS DEL FAMILIAR

NOMBRE DEL FAMILIAR	
GRADO DE CONSANGUINIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO (En caso de solicitar la reducción de jornada por un menor de 12 años)	

Fecha y firma:

DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

REDUCCION DE JORNADA POR CUIDADO DE MENORES:

- Fotocopia del Libro de Familia.

REDUCCION DE JORNADA POR CUIDADO DE FAMILIARES:

- Fotocopia de la resolución del órgano administrativo que reconozca la discapacidad o informe médico (según corresponda) que justifique que no pueda valerse por si mismo.
- Documento acreditativo en el que conste que el familiar no desempeña actividad retribuida.

Esta solicitud debe presentarse con una antelación mínima de 10 días a la fecha solicitada.