

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

## SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA

### PERSONAL FUNCIONARIO

#### 1. SOLICITANTE

Ape.1	Ape.2	Nombre	D.N.I.
Correo Electrónico		Tlf. fijo	Tlf. móvil
Cuerpo, Escala, Categoría		Grupo	NIP (Nº de Identificación Personal)
Puesto de trabajo		Unidad	
Localidad		Provincia	

#### 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reducción por Guarda Legal<br>Plazo de solicitud: 1 mes | <input type="checkbox"/> Reducción por Cuidado de Familiar<br>Plazo de solicitud: 1 mes          | <input type="checkbox"/> Reducción por Violencia de Género<br>Plazo de solicitud: No hay plazo |
| <input type="checkbox"/> Reducción por Lactancia<br>Plazo de solicitud: 1 mes    | <input type="checkbox"/> Reducción por nacimiento de hijo prematuro<br>Plazo de solicitud: 1 mes |  |

#### 3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA

##### Con disminución proporcional del salario:

- Reducción de jornada por Guarda Legal. (1/8 a 1/2)

Jornada semanal reducida a:

##### FECHA DE INICIO

\_\_\_\_\_

##### Sin disminución de salario:

- Reducción de Jornada por Cuidado de Familiar (50%) \*

- Reducción de jornada por Lactancia.

- Reducción de jornada por Violencia de Género.

Jornada semanal reducida a:

\_\_\_\_\_

- Reducción de jornada por nacimiento de hijo prematuro.

Jornada semanal reducida a:

\_\_\_\_\_

#### 4. RELACION DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA EN SU CASO

Todas las solicitudes deben ir acompañadas de su justificante correspondiente, y se deberán presentar con la antelación prevista en el apartado 2, en el caso de que estos plazos no se cumplan NO se garantiza la resolución (concesión / denegación) del permiso o licencia para la fecha solicitada.

Documento:

1.

\_\_\_\_\_

2.

\_\_\_\_\_

\* - En el caso de la Solicitud de Reducción de Jornada por cuidado de familiar (50%), el INTERESADO deberá adjuntar la correspondiente documentación del FAMILIAR.

**Firma del Responsable**

**Firma del solicitante, lugar y fecha**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

El solicitante autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en esta solicitud queden incorporados a la base de datos de Gestión de Recursos Humanos, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos. El solicitante, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal.: Vía Dublin, 7, 28070 Madrid.

**JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE** \_\_\_\_\_

**SUB. DE GESTIÓN, ORG. Y DESARROLLO DE PERSONAS (Sólo personal del C. D.).**