

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe 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 POR CUIDADO DE FAMILIAR 50%

PERSONAL FUNCIONARIO

1. SOLICITANTE			
Ape.1	Ape.2	Nombre	D.N.I.
Correo Electrónico		Tlf. fijo	Tlf. móvil
Categoría		Grupo Profesional	NIP (Nº de Identificación Personal)
Puesto de trabajo		Unidad	
Localidad		Provincia	
2. MOTIVO DE LA SOLICITUD			
<input type="checkbox"/> Reducción por Cuidado de Familiar 50% Plazo de solicitud: 1 mes			
3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA			
FECHA DE INICIO <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>			
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 Dublín, 7, 28070 Madrid.

JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE _____

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

CERTIFICADO DE ACREDITACION REDUCCION 50%

CERTIFICO:

Que D/D^a está diagnosticada de una enfermedad muy grave que acredita a D/D^o que manifiesta ser su (Cumplimentar el grado de parentesco) para ejercer su derecho al disfrute de la reducción de jornada de cuidado de familiar por un plazo de un mes y sin disminución proporcional del salario (recogida en el Plan Concilia).

Expido la presente a los solos efectos de la posible concesión de dicha reducción

En a

Dr./Dra.

Nº de Colegiado

Servicios Médicos de

Sello y firma del Dr./Dra.

IMPORTANTE: Junto con esta certificación se debe remitir solicitud del INTERESADO y DOCUMENTACION MÉDICA FAMILIAR

Vº Bº En a

Dr./Dra.

Nº de Colegiado

Servicios Médicos Centro Directivo.

Sello y firma del Dr./Dra.