

¡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 POR CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

PERSONAL FUNCIONARIO

1. SOLICITANTE		NIP (Número de Identificación Personal) _____	
Ape.1 _____	Ape.2 _____	Nombre _____	D.N.I. _____
Correo Electrónico _____		Teléfono Fijo _____	Teléfono Móvil _____
Cuerpo, Escala, Categoría, Grupo Profesional _____		Grupo _____	Nº Registro de Personal (Funcionarios) _____
Puesto de trabajo _____		Unidad _____	
Localidad _____		Provincia _____	
Relación con el menor <input type="checkbox"/> Progenitor		<input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo / permanente	
1.1 INFORMACIÓN TELEMÁTICA			
¿Desea recibir información por SMS?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
1.2 DATOS DE LA UNIDAD FAMILIAR			
¿Es familia monoparental?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Se entenderá por familia monoparental, la constituida por un solo progenitor con el que convive el menor y que constituye, el sustentador único de la familia.			
2. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL OTRO PROGENITOR / ADOPTANTE / ACOGEDOR			
Ape.1 _____	Ape.2 _____	Nombre _____	D.N.I. _____
Nº de la Seguridad Social _____	¿Trabaja por cuenta ajena o propia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Pertenece en razón de su actividad al:		¿Es empleado público?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Régimen de la Seguridad Social			
<input type="checkbox"/> Régimen Especial de	_____	Otros	_____
3. DATOS DEL MENOR / ES			
Apellidos y nombre _____	D.N.I.-NIE-PASAPORTE _____	Fecha Nacimiento	_____
Apellidos y nombre _____	D.N.I.-NIE-PASAPORTE _____	Fecha Nacimiento	_____
4. REDUCCIÓN DE JORNADA			
Fecha de ingreso hospitalario del menor	_____	Fecha de inicio de la jornada reducida	_____
Porcentaje de reducción (al menos de un 50%)	_____	Nuevo horario reducido de	a
Lugar y fecha		Firma del solicitante	
En _____, a ___ de _____ del _____		_____	

DECLARO: Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca la reducción de jornada por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, con derecho al total de las retribuciones íntegras, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos S.A., cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

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.

ACUERDO ENTRE LOS PROGENITORES SOBRE EL DISFRUTE DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA PARA EL CUIDADO DE MENORES AFECTADOS POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

D/D^a. _____

con D.N.I. - NIE - Pasaporte _____

Y

D/D^a _____

con D.N.I. - NIE - Pasaporte _____

Como progenitores / adoptantes / tutores del menor, y teniendo ambos el derecho a solicitar la reducción de jornada de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

ACUERDAN,

Que sea D/D^a _____

Funcionario/a del Cuerpo _____ destinado en la S.E. Correos y Telégrafos S.A., quien solicite la

reducción de jornada para el cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, percibiendo las

retribuciones íntegras que iniciará con fecha

Utilice el calendario desplegable para su cumplimentación.

En _____ , a ____ de _____ del ____

Fdo:

Fdo:

D/D^a _____

D/D^a _____

INFORME PARA EL CUIDADO DEL MENOR AFECTADO POR CÁNCER U OTRA ENFERMEDAD GRAVE

1. SOLICITANTE				NIP (Número de Identificación Personal) _____	
Ape.1 _____		Ape.2 _____		Nombre _____	
Correo Electrónico _____		Teléfono Fijo _____		Teléfono Móvil _____	
Cuerpo, Escala, Categoría, Grupo Profesional _____			Grupo _____	Nº Registro de Personal (Funcionarios) _____	
Relación con el menor _____					
2. DATOS DEL MENOR Y DATOS DEL MÉDICO responsable de la asistencia sanitaria del paciente menor					
DATOS MENOR		Ape.1 _____		Ape.2 _____	
D.N.I. / NIE / PASAPORTE _____		D.N.I. / NIE / PASAPORTE _____		Nombre _____	
DIAGNÓSTICO					
CÓDIGO (2)					
<input type="checkbox"/> Que requirió ingreso hospitalario con fecha				en el Hospital _____	
<input type="checkbox"/> Periodo estimado de la duración de la necesidad de cuidado directo, continuo y permanente por parte del progenitor / acogedor desde					
DATOS MÉDICO					
Apellidos _____		Nombre _____		Especialidad / Cargo _____	
Nº Colegiado _____		Hospital / Centro Sanitario _____		Localidad _____	
<input type="checkbox"/> Progenitor			<input type="checkbox"/> Acogedor preadoptivo / permanente		
<input type="checkbox"/> Servicio público de salud o entidad sanitaria con el Servicio Público de Salud.					
<input type="checkbox"/> Entidad Sanitaria Privada _____					
En _____ , a ___ de _____ del _____					
3. DATOS A RELLENAR POR LOS SERVICIOS MÉDICOS DE CORREOS					
En _____ , a ___ de _____ del _____			En _____ , a ___ de _____ del _____		
Dr / Dra _____			Vº. Bº. Dr / Dra _____		
Nº Colegiado _____			Nº Colegiado _____		
Servicios Médicos de _____			Servicios Médicos Centro Directivo		
(2) Indicar el código de diagnóstico que aparece en el listado			En _____ , a ___ de _____ del _____		