

¡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 FLEXIBILIDAD HORARIA POR HIJO / A DISCAPAZ

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 _____		

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD (Con esta solicitud la Jefatura de Recursos Humanos valorará previamente la conveniencia de otras medidas que permitan conciliar la vida familiar, tales como un cambio de turno, o un cambio de centro de trabajo).

FLEXIBILIDAD HORARIA (de 2 horas diarias)

Nombre y apellidos hijo/a discapaz: _____

Distribución diaria solicitada: _____

Motivo de la solicitud: _____

3. DIA ó PERIODO POR EL QUE SE SOLICITA Plazo de presentación de la solicitud: Un mes.

Para un periodo concreto indicar aquí

Utilice el calendario desplegable para su cumplimentación.

Para un **día** concreto indicar aquí

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE ADJUNTAR A LA PRESENTE SOLICITUD

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

Obligatoria:

Fotocopia del Libro de Familia

Certificado **oficial** de discapacidad

Certificado de no disfrute del cónyuge por el Departamento de Recursos Humanos de la Empresa donde preste servicio.

Obligatoria (indique según solicitud):

Certificado⁽¹⁾ del Centro de Educación Especial ó

Certificado⁽¹⁾ del Centro en el que reciba atención el hijo/a

Otra documentación que considere pertinente:

(1) Debe constar el horario de atención al discapaz, y la ausencia de otro.

Lugar y fecha	Firma del solicitante
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 _____ (Indicar Zona o Provincia)

SUB. DE GESTIÓN, ORGANIZAÓN. y DESARROLLO DE PERSONAS (Sólo personal del C. D).

