

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I.	
DOMICILIO		C.P.	LOCALIDAD Y PROV.
Nº AFILIACIÓN SEG. SOCIAL	SERVICIO DEL HOSPITAL:		
CATEGORÍA:			

DATOS RELATIVOS A LA REDUCCIÓN DE JORNADA:

MOTIVO DE LA SOLICITUD:	
REDUCCIÓN QUE SOLICITA (hasta 1/2):	
FECHA DE EFECTIVIDAD DE LA REDUCCIÓN:	
FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO (en su caso)	
NOMBRE DEL HIJO O FAMILIAR:	

El solicitante abajo firmante manifiesta que son ciertos todos los datos que se hacen constar en la presente Solicitud, a la que acompaña los documentos que al pie se relacionan.

En Albacete, a ____ de _____ de 200__.

Vº Bº EL RESPONSABLE
DEL SERVICIO

Firmado: _____
(El/La interesado/a)

Firmado: _____

SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Y UNIVERSITARIO DE ALBACETE

JUNTO A LA PRESENTE SOLICITUD, SE ACOMPAÑARÁ:

CUANDO EL MOTIVO SEA UN MENOR DE 6 AÑOS:

- Fotocopia del libro de familia.

CUANDO EL MOTIVO SEA TENER A SU CARGO UN DISMINUIDO FÍSICO O PSÍQUICO:

1. Justificante del familiar en el caso de ser disminuido físico o psíquico en el que conste que no desempeña actividad retribuida.
2. Certificado en el que se demuestre que dicho familiar está a su cargo.
3. Justificante médico que acredite la disminución física o psíquica del familiar.