

SOLICITUD DE FINALIZACION 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:

FECHA INICIO REDUCCION DE JORNADA:	
TIPO REDUCCIÓN SOLICITADA Y APROBADA:	
FECHA FINAL DE REDUCCION DE JORNADA:	

En Albacete, a ____ de _____ de 200__.

Vº Bº EL RESPONSABLE
DEL SERVICIO

Firmado: _____
(El/La interesado/a)

Firmado: _____

Legislación aplicable:
• Artº 30.1.f Ley 30/84, de 2 de agosto.
• Real Decreto 2670/1998, de 11 de diciembre.