

SOLICITUD DE FINALIZACIÓN DE REDUCCIÓN DE JORNADA

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE:		Nº. D.N.I.
DOMICILIO	C.P.	LOCALIDAD y PROVINCIA
CENTRO DE TRABAJO		
SERVICIO / UNIDAD EN LA QUE TRABAJA	CATEGORÍA	

DATOS RELATIVOS A LA REDUCCIÓN DE JORNADA

FECHA DE INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA	
TIPO DE REDUCCIÓN DE JORNADA REALIZADA	
FECHA DE FINALIZACIÓN DE REDUCCION DE JORNADA	

En Toledo, a ____ de _____ de 200__

Fdo.: _____

SR. DIRECTOR GERENTE COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO