

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL

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

MOTIVO DE LA SOLICITUD:	
FECHA DE INICIO DE LA REDUCCIÓN DE JORNADA	
REDUCCIÓN DE JORNADA EN (de 1/3 a 1/2)	
FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO (En caso de solicitar la reducción de jornada por cuidado de hijo)	
NOMBRE DEL HIJO O FAMILIAR:	

El solicitante abajo firmante, manifiesta que son ciertos los datos que se hacen constar en la presente solicitud

En Toledo, a ____ de _____ de 200__

Firmado: _____

SR. DIRECTOR GERENTE COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO

Cuando el motivo sea un MENOR DE 12 años, se adjuntará:

- Fotocopia del Libro de Familia

Cuando el motivo sea tener a su cargo un disminuido físico o psíquico se adjuntará:

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