

## SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA LABORAL PARA EL CUIDADO DE HIJOS MENORES

### Datos del / la solicitante:

1er Apellido		2º Apellido	Nombre
NIF		Nº Afiliación a la Seguridad Social	
Domicilio			
Código Postal	Localidad		Teléfono
Área de Salud de Cáceres		Centro de trabajo	
Puesto de trabajo que desempeña			

### Datos relativos a la reducción de jornada:

Tipo de solicitud: para cuidado de hijo menor de	6 años <input type="checkbox"/>	12 años <input type="checkbox"/>
De un tercio o de un medio	1/3 <input type="checkbox"/>	1/2 <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio de la reducción		
Fecha de finalización de la reducción		
Fecha de nacimiento del hijo		

El / la solicitante abajo firmante manifiesta que son ciertos los datos que se hacen constar en la presente solicitud, a la que se acompañan los documentos que al pie se relacionan.

En Cáceres, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

#### Documentos a presentar junto con la solicitud:

- . Fotocopia compulsada del libro de familia
- . Declaración jurada del cónyuge detallando que no disfruta de la reducción objeto de la presente solicitud.

Sr. /Sra. GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES – SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD