

Solicitud reducción jornada-turno fijo por estudios

A completar por el empleado

¡Utilice solamente letras mayúsculas! Los campos marcados con * son obligatorios. Complete las casillas así: Sí No

Numero PSA*

Nombre del empleado*

Apellidos del empleado*

Número de empleado OPEL*

Fecha inicio*

 (DD/MM/AAAA)

Fecha fin*

 (DD/MM/AAAA)

Solicitud*

<input type="checkbox"/> Turno fijo por estudios	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada cuidado familiar
<input type="checkbox"/> Reducción de jornada cuidado de hijo	<input type="checkbox"/> Otro

Si "Otro", por favor especifique

TURNO FIJO POR ESTUDIOS

<input type="checkbox"/> Turno fijo de mañanas	<input type="checkbox"/> Turno fijo de tardes
--	---

REDUCCIÓN DE JORNADA

Hora inicio

Hora fin

a) Horario turno mañana

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

b) Horario turno tarde

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

c) Horario turno noche

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

d) Horario turno central

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Por favor indique la documentación que se adjunta a este formulario.

En caso de turno fijo por estudios:

Fotocopia de la matrícula

Certificado centro estudios con horario curso

En caso de solicitud de reducción de jornada:

Fotocopia libro de familia / Documento acreditativo de parentesco

Certificado de calificación de minusvalía

Certificado médico que indique la necesidad de cuidados del familiar

Número de archivos adjuntos*

Archivo Adjunto*

 Attach File

Fecha*

 (DD/MM/AAAA)

Firma del empleado*

NOTA:

- Para hojas con anverso y reverso cuente dos páginas.
- Escriba por favor el Número de PSA en la esquina superior izquierda del documento adjunto

DATOS DE CONTACTO

Si no tuviese una dirección de correo electrónico o teléfono de contacto de Opel o particular, por favor, introduzca los datos de contacto de su supervisor. Eso nos permitirá contactar con usted en caso de duda con el presente formulario.

Número de teléfono

Apellidos, Nombre

Correo electrónico

APROBACIÓN DE RELACIONES LABORALES DE PLANTA

Numero PSA*

Apellidos, Nombre*

Firma*

Al enviar este Formulario, doy mi consentimiento para que los datos proporcionados sean procesados por el Centro de Servicios de Personal en Casablanca (Marruecos) y se alojen en bases de datos, aplicaciones y servidores del Groupe PSA, teniendo como finalidad el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la relación laboral existente entre las partes. Groupe PSA en calidad de responsable en el tratamiento de los datos, garantiza que el procesamiento se realiza bajo niveles adecuados de seguridad y confidencialidad para impedir la pérdida o manipulación por parte de terceros. Con el fin de ofrecer una protección adecuada a los datos personales transferidos, Groupe PSA ha celebrado un contrato de procesamiento de datos con las entidades prestadoras de servicios utilizando las cláusulas contractuales tipo aprobadas por las autoridades de la Unión Europea. Asimismo, acepto que algunos de los datos personales reflejados en este formulario podrán ser transferidos a otros países fuera de la Unión Europea, a efectos de servicios de almacenamiento y conservación de la información. De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales contactando con su Departamento de Recursos Humanos (email: paula.marin@opel.com)