

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

## SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA

### PERSONAL LABORAL

#### 1. SOLICITANTE

Ape.1	Ape.2	Nombre	D.N.I.
Correo Electrónico		Tlf. fijo	Tlf. móvil
Cuerpo, Escala, Categoría		Grupo	NIP (Nº de Identificación Personal)
Puesto de trabajo		Unidad	
Localidad		Provincia	

#### 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

- Reducción por Guarda Legal  
Plazo de solicitud: 1 mes
  Reducción por Cuidado de Familiar  
Plazo de solicitud: 1 mes
  Reducción por Violencia de Género  
Plazo de solicitud: No hay plazo
- Reducción por Lactancia/Lactante  
Plazo de solicitud: 1 mes
  Reducción por nacimiento de hijo prematuro  
Plazo de solicitud: 1 mes

#### 3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA

##### Con disminución proporcional del salario:

- Reducción de jornada por Guarda Legal (1/8 a 1/2)

Jornada semanal reducida a:

##### FECHA DE INICIO

\_\_\_\_\_

##### Sin disminución de salario:

- Reducción de Jornada por Cuidado de Familiar (50%) \*

\_\_\_\_\_

- Reducción de jornada por Lactancia/Lactante

\_\_\_\_\_

- Reducción de jornada por Violencia de Género

Jornada semanal reducida a:

\_\_\_\_\_

- Reducción de jornada por nacimiento de hijo prematuro

Jornada semanal reducida a:

\_\_\_\_\_

#### 4. RELACION DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA EN SU CASO

Todas las solicitudes deben ir acompañadas de su justificante correspondiente, y se deberán presentar con la antelación prevista en el apartado 2, en el caso de que estos plazos no se cumplan NO se garantiza la resolución (concesión / denegación) del permiso o licencia para la fecha solicitada.

Documento: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

\* - En el caso de la Solicitud de Reducción de Jornada por cuidado de familiar (50%), el INTERESADO deberá adjuntar la correspondiente documentación del FAMILIAR.

Firma del Responsable

Firma del solicitante, lugar y fecha

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Sus datos serán tratados por Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E. para la gestión de su solicitud en los términos y condiciones expuestos en la Política de Protección de datos de empleados que puede ser consultada en CONECTA /INICIO/PERSONAS/INFORMACIÓN PERMISOS Y LICENCIAS/UTILIDADES/POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EMPLEADO.

JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE \_\_\_\_\_

SUB. DE GESTIÓN, ORG. Y DESARROLLO DE PERSONAS (Sólo personal del C. D.).