



SOLICITUDE DE REDUCCIÓN DE XORNADA POR COIDADADO DE FAMILIARES			
NOME E APELIDOS			
DNI		CATEGORÍA PROFESIONAL	
CENTRO DE TRABALLO			

SOLICITA:

1	REDUCCIÓN POR COIDADADO DE FILLOS		
NOME DO FILLO			
DATA NACEMENTO			
DATA INICIO REDUCCIÓN		DATA FIN REDUCCIÓN	
TIPO DE REDUCCIÓN	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 1/5 <input type="checkbox"/> Outra:

2	REDUCCIÓN POR COIDADADO DIRECTO DE FAMILIAR (ATA 2º GRAO DE CONSANGUINIDADE OU AFINIDADE)		
PARENTESCO			
NOME DO FAMILIAR			
DATA INICIO REDUCCIÓN		DATA FIN REDUCCIÓN	
TIPO DE REDUCCIÓN	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 1/5 <input type="checkbox"/> Outra:

3	DISTRIBUCIÓN	
<input type="checkbox"/> Diaria	<input type="checkbox"/> Acumulada	

O solicitante abaixo asinante manifesta que son certos o datos que se fan constar na presente solicitude, á que acompaña os documentos necesarios.

A Coruña, a

Asinado