XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada A Coruña

SOLICITUDE DE REDUCIÓN DE XORNADA POR COIDADO DE FAMILIARES
(Lei 2/2015, do 29 de abril, do emprego público de Galicia)

D./Dna ..... con

DNI .....,

Domicilio: .....Localidade: .....

categoría profesional.....; Centro traballo: .....

SOLICITA:

1.-REDUCIÓN POR COIDADO DE FILLOS (menor de 12 anos):

Nome do fillo e data de nacemento….....

Data de inicio da redución: .....

Tipo de redución (1/2 ou 1/3): .....

2.- REDUCION POR COIDADO DIRECTO DE FAMILIAR:
(ata o 2º grao de consanguinidade ou afinidade)

Parentesco: .....

Nome do familiar: .....……

Data de inicio da redución: .....

Tipo de redución (1/2 ou 1/3): .....

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

A Coruña, a ..... de ..... do 20.....
Sinatura do interesado

XERENTE DE XESTIÓN INTEGRADA DA CORUÑA

www.galiciasaude.es
Tel. 981 178 000
Xubias de Arriba, 84
15006 A Coruña