



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		
TIPO DE REDUCCIÓN	☐ 1/2	☐ 1/3	☐ 1/5	☐ Outra:

2	REDUCCIÓN POR COIDADADO DIRECTO DE FAMILIAR (ATA 2º GRAO DE CONSANGUINIDADE OU AFINIDADE)			
PARENTESCO				
NOME DO FAMILIAR				
DATA INICIO REDUCCIÓN				
TIPO DE REDUCCIÓN	☐ 1/2	☐ 1/3	☐ 1/5	☐ Outra:

3	DISTRIBUCIÓN	
☐ Diaria	☐ Acumulada	

4	OBSERVACIÓNS

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