

## SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DE HORARIO O REDUCCIÓN DE JORNADA COVID-19

### DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellidos	D.N.I.
Consejería	Teléfono de contacto
Unidad/Centro de trabajo	
Categoría profesional	

### DATOS DEL SUJETO CAUSANTE

Nombre y apellidos
Relación con el solicitante

### CIRCUNSTANCIA EXCEPCIONAL QUE MOTIVA LA SOLICITUD

<input type="checkbox"/>	La atención del sujeto causante que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, necesita de cuidado personal y directo como consecuencia directa del <b>COVID-19</b> .
<input type="checkbox"/>	La existencia de decisiones de las Autoridades gubernativas relacionadas con el <b>COVID-19</b> que impliquen cierre de centros educativos o de cualquier otra naturaleza que dispensaran cuidado o atención a la persona necesitada de los mismos.
<input type="checkbox"/>	La persona que hasta el momento se vine encargando del cuidado o asistencia directos del sujeto causante no puede seguir haciéndolo por causas justificadas relacionadas con el <b>COVID-19</b> .

### SOLICITA

<input type="checkbox"/>	ADAPTACIÓN DE HORARIO/JORNADA	<input type="checkbox"/>	REDUCCIÓN DE JORNADA CON REDUCCIÓN PROPORCIONAL DE RETRIBUCIONES
<b>SI ACTUALMENTE DISFRUTA DE UNA ADAPTACIÓN/REDUCCIÓN DE JORNADA, INDICAR LO QUE PROCEDA</b>			
<input type="checkbox"/>	RENUNCIA TEMPORALMENTE A LA MISMA	<input type="checkbox"/>	SOLICITA SU MODIFICACIÓN CONFORME A LA PRESENTE SOLICITUD
FECHA DE INICIO:		FECHA DE FIN:	

**EN CASO DE HABER OPTADO POR LA ADAPTACIÓN DE HORARIO/JORNADA, concrete los términos de la adaptación:**

--

**EN CASO DE HABER OPTADO POR LA REDUCCIÓN DE JORNADA, concrete el porcentaje y concreción horaria:**

--

### DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA

--

FECHA Y FIRMA

FIRMADO:

FECHA: