



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

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

SOLICITA

ADAPTACIÓN DE HORARIO/JORNADA	REDUCCIÓN DE JORNADA CON REDUCCIÓN PROPORCIONAL DE RETRIBUCIONES
SI ACTUALMENTE DISFRUTA DE UNA ADAPTACIÓN/REDUCCIÓN DE JORNADA, INDICAR LO QUE PROCEDA	
RENUNCIA TEMPORALMENTE A LA MISMA	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 APORТА

FECHA Y FIRMA

FIRMADO:

FECHA: