

**SOLICITUD DE FLEXIBILIDAD HORARIA PDI**

**PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

**DNI/NIE Teléfono**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**CATEGORÍA**

|  |
| --- |
|  |

**DEPARTAMENTO**

|  |
| --- |
|  |

**Fecha de nacimiento, de la decisión administrativa o resolución judicial**

|  |
| --- |
|  |

**SOLICITA CONCILIACIÓN DE HORARIOS** (*Resolución 28/02/2019 SEFP Jornada y Horarios de trabajo personal AGE, 8.1*) por,

Hija/Hijo menor de 12 años

* Fotocopia de todas las páginas escritas del Libro de Familia

Descendiente/ascendiente con discapacidad acreditada hasta 1º grado de consanguinidad.

* Fotocopia de la resolución del grado de Discapacidad emitido por la Consejería competente en materia de asuntos sociales

Descendiente/ascendiente con discapacidad acreditada hasta 2º grado de consanguinidad.

* Fotocopia de la resolución del grado de dependencia reconocido emitido por la Consejería competente en materia de asuntos sociales
* Fotocopia de la resolución del apoyo recibido por la Consejería competente en materia de asuntos sociales.

y entrega en la **Oficina de Registro** de la UC junto a la solicitud, los documentos acreditativos especificados.

Santander, de de

Firmado: