



Teléfono atención ciudadano: 012/96836200

Procedimiento 4255

AUTORIZACIÓN DE REDUCCIÓN DE JORNADA Y FLEXIBILIZACIÓN HORARIA DE TRABAJO DEL PERSONAL DEL SERVICIO MURCIANO DE SALUD

1.- Datos del empleado/a

DNI/NIE	
Apellidos y nombre	
Correo electrónico	
Teléfono	
Organismo/Centro	

2.- Motivo de la solicitud (señale con una X el motivo)

<p>Flexibilización horaria del trabajo, en un máximo de una hora diaria, por tener a cargo:</p> <p><input type="checkbox"/> Persona mayor</p> <p><input type="checkbox"/> Hijo menor de doce años</p> <p><input type="checkbox"/> Persona con discapacidad</p> <p><input type="checkbox"/> Familiar con enfermedad grave hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad</p> <p>Declaración responsable</p> <p><input type="checkbox"/> Declaro responsablemente que ningún otro titular del derecho al disfrute de la flexibilización, que también sea empleado público del ámbito de la Administración de la CARM, hace uso de este derecho.</p> <p><input type="checkbox"/> Declaro responsablemente que el familiar antes señalado se encuentra a mi cargo.</p>

<p>Flexibilización horaria con carácter personal y temporal, en un máximo de dos horas diarias, por:</p> <p><input type="checkbox"/> Motivos directamente relacionados con la conciliación de la vida personal, familiar y laboral</p> <p><input type="checkbox"/> Familia monoparental</p> <p>Declaración responsable</p>
--



Declaro responsablemente que ningún otro titular del derecho al disfrute de la flexibilización, que también sea empleado público del ámbito de la Administración de la CARM, hace uso de este derecho.

Flexibilización de dos horas diarias para conciliar los horarios de los centros de educación especial y otros centros donde el hijo discapacitado reciba atención con los horarios de los propios puestos de trabajo

Declaración responsable

Declaro responsablemente que ningún otro titular del derecho al disfrute de la flexibilización, que también sea empleado público del ámbito de la Administración de la CARM, hace uso de este derecho.

Reducción de jornada por razón de guarda legal, en:

1/2

1/3

Para el cuidado directo de:

Menor de doce años

Persona mayor que requiera especial dedicación

Persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida

Cónyuge o persona con quien conviva en análoga relación de afectividad

Familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razón de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida

Familiar de primer grado, por razón de enfermedad muy grave

Declaración responsable

Declaro responsablemente que no realizaré ninguna actividad laboral, sea o no remunerada, mientras se mantenga la situación de reducción de jornada por razón de guarda legal, durante el horario que haya sido objeto de reducción.

Declaro responsablemente que la persona a mi cargo con discapacidad, para cuyo cuidado se solicita esta reducción de jornada, no desempeña actividad retribuida.

Declaro responsablemente que el familiar antes señalado se encuentra a mi cargo.



	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada laboral hasta el 50%, para atender al cuidado de un familiar de primer grado, por razón de enfermedad muy grave Declaración responsable <input type="checkbox"/> Declaro responsablemente que ningún otro titular del derecho al disfrute de la reducción de jornada laboral hasta el 50% para atender al cuidado de un familiar de primer grado, por razón de enfermedad muy grave, que también sea empleado público del ámbito de la Administración de la CARM, hace uso de este derecho.
--	---

	<input type="checkbox"/> Reducción voluntaria de jornada de trabajo, con el límite máximo de un tercio de la jornada efectiva.
--	---

	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada y flexibilidad horaria para hacer efectivo el derecho a la protección y a la asistencia social integral como víctima de terrorismo
--	---

	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada y flexibilidad horaria para hacer efectiva la protección o el derecho de asistencia social integral como víctima de violencia sobre la mujer
--	---

	<input type="checkbox"/> Traslado a otro puesto de trabajo para hacer efectivo el derecho a la protección y a la asistencia social integral como víctima de terrorismo
--	---

	<input type="checkbox"/> Traslado a otro puesto de trabajo para hacer efectivo el derecho a la protección y a la asistencia social integral como víctima de violencia sobre la mujer
--	---

3.- Efectos de la solicitud

Cuerpo/Categoría en que solicita la flexibilidad o reducción	
Fecha de efectos que solicita	
Observaciones	

En _____ a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____

IMPORTANTE

Esta solicitud, firmada, deberá ser incorporada, en formato PDF, a la solicitud electrónica que se debe presentar a través de la sede electrónica de la CARM. (Procedimiento 4255).

El resto de documentación acreditativa que se desee presentar, según el supuesto de que se trate, deberá ser anexada también en formato PDF, a la solicitud electrónica.