



SOLICITUD DE CONCESIÓN DE REDUCCIONES DE JORNADA

1. SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		D.N.I.	
Cuerpo, Escala o Plaza	Especialidad		
Dirección Particular	Teléfono Particular	e-mail	
Destino Actual			Teléfono Centro

Permiso por cuidado de hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave (hasta el 99 %)

Permiso para cuidado de familiares con enfermedad muy grave

1. Solicitud expresa para volver a jornada completa:

	1/2	1/3	Tipo de
Por cuidado de un menor de doce años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por cuidado de un disminuido físico o psíquico que no desempeñe actividad retribuida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por incapacidad de los padres, cónyuge o familiar que conviva con el funcionario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por motivos de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Reducción desde 1 de septiembre al 31 de agosto:

Para mayores de 55 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por el art. 6 de la Ley 5/2012, de 29 de junio, de ajuste presupuestario de la CARM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Solicitud semestral:

Cesación progresiva de actividades para los funcionarios que les falte menos de 5 años para cumplir la edad forzosa

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

(1) Tipo de Jornada según Anexos VII y VIII de la Orden de 14 de julio de 2016, de la Consejería de Educación y Universidades, por la que se establecen procedimientos en materia de recursos humanos para el curso 2016/2017.
Todas las solicitudes deben llevar anexo el certificado del director del centro de las horas a sustituir y a realizar por el solicitante.

2. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA

<i>De:</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>	<i>A:</i>	<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
------------	------------	------------	------------	-----------	------------	------------	------------

4. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (EN SU CASO)

Lugar y Fecha

Firma del solicitante

ILMO. SR. DR. GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS HUMANOS

La información personal que va a proporcionar en este formulario se integrará en el fichero de datos personales con la finalidad de tramitación de escritos y solicitudes presentadas en los registros con destino a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable de dicho fichero es: Dirección General de Planificación Educativa y Recursos Humanos, sito en Avda. de la Fama nº 15. 30006 Murcia, ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.