



SOL·LICITUD DE REDUCCIÓ DE LA JORNADA DE TREBALL PER CONCILIACIÓ DE LA VIDA PERSONAL, LABORAL I FAMILIAR

DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT:

COGNOMS I NOM:		DNI:	
ADREÇA:	POBLACIÓ:	CODI POSTAL:	TELÈFON:
LLOC DE TREBALL:		CORREU ELECTRÒNIC:	

NOM I COGNOMS FILL/A	DATA NAIXEMENT/ADOPCIÓ O ACOLLIMENT

TIPUS REDUCCIONS DE JORNADA:

	Jornada diària	DATA INICI	DATA FINAL
LACTÀNCIA FILL/A MENOR 1 ANY (1)			
Compactació lactància (1) (2)	4 setmanes		
1 hora diària fins que el fill/a compleixi 12 mesos	Reducció 1 h		
CURA FILL/A MENOR 6 ANYS (4) CURA PERSONA AMB DISCAPACITAT PSÍQUICA, FÍSICA O SENSORIAL (5) FAMILIAR A CÀRREC AMB INCAPACITAT O DISMINUCIÓ RECONEGUDA (6) DONES VÍCTIMES DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE			
Reducció 1/3 jornada amb el 80% retribucions	5 hores		
Reducció ½ jornada amb el 60% retribucions	3 hores 45 minuts		
CURA FILL/A FINS A 12 ANYS amb la reducció proporcional de les retribucions (4)			
Reducció 1/3 de la jornada	5 hores		
Reducció ½ jornada	3 hores 45 minuts		
Reducció 1/7 de la jornada	6 hores 25 minuts		

(1) Es pot gaudir de les hores de lactància (i compactació) amb la percepció del cent per cent de les retribucions, sempre que es tingui la guarda legal del menor i que l'altre/a progenitor/a treballi.

(2) En cas d'optar pel gaudiment de les hores de lactància de forma compactada, el fet que amb anterioritat a la data en que el fill/a compleixi 12 mesos es produeixi la finalització o suspensió de la vinculació laboral comportarà el retorn de les retribucions percebudes de forma anticipada.

(3) La petició de reducció de jornada es sol·licitarà i s'atorgarà, com a màxim, per un període de 12 mesos (prorrogables d'acord amb la normativa vigent).

(4) Les reduccions són incompatibles amb l'autorització de compatibilitat, que resta suspesa d'ofici fins al finament del termini de la reducció.

(5) Cura persona amb discapacitat psíquica, física o sensorial que no faci cap activitat retribuïda, sempre que se'n tingui la guarda legal.

(6) Familiar a càrrec, fins al segon grau de consanguinitat o afinitat, amb una incapacitat o disminució reconeguda igual o superior al 65% o amb un grau de dependència que li impedeix ésser autònom, o que requereix dedicació o atenció especial.

La persona interessada

El/La Director/a del Departament

(Signatura)

_____, de/d' _____ de 20S__

(Signatura)

Documentació:

- Fotocòpia del llibre de família.
- Certificat de discapacitat, certificat mèdic o informe dels serveis socials, policials o de salut, segons el fet causant de la reducció de jornada.