

SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE JORNADA

DATOS PERSONALES	Nombre y Apellidos		NIF
	Categoría Profesional		Teléfono
	GFH - Unidad	Fecha Propuesta de Inicio	
SOLICITUD	<input type="checkbox"/> REDUCCIÓN POR GUARDA LEGAL, CUIDADO FAMILIAR U OTROS <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> 1/3 <input type="checkbox"/> Otro porcentaje _____ (MÁXIMO 50%)		
	<input type="checkbox"/> REDUCCIÓN VOLUNTARIA DE JORNADA (Al amparo de lo previsto en el art. 8 de la Ley de Cantabria 2/2012. Esta reducción será en todo caso incompatible con la realización de actividad extraordinaria fuera de la jornada ordinaria) <input type="checkbox"/> 1/8 <input type="checkbox"/> 1/3 Solicito que la reducción de jornada se haga efectiva: <input type="checkbox"/> Al comienzo de la jornada de mi turno habitual de trabajo <input type="checkbox"/> Al final de jornada de mi turno habitual de trabajo <input type="checkbox"/> Acumulada(especificar) _____ _____ _____		
DOCUMENTACIÓN APORTADA	<u>DECLARACION RESPONSABLE:</u> <input type="checkbox"/> Anexo I (Cuidador Directo) <input type="checkbox"/> Anexo II (NO Actividad económica en plazo y horario solicitado para la RDJ) <input type="checkbox"/> Anexo III (NO Actividad retribuida del causante).		
	<u>OTRA DOCUMENTACIÓN:</u> <input type="checkbox"/> Libro de Familia u otro documento acreditativo del vínculo. <input type="checkbox"/> Resolución ICASS u órgano equivalente que certifique cuidador directo. <input type="checkbox"/> Resolución discapacidad. <input type="checkbox"/> Resolución de dependencia. <input type="checkbox"/> Informe del Facultativo. <input type="checkbox"/> Informe de Trabajador Social o de Servicios Sociales. <input type="checkbox"/> Otros documentos (especificar) _____ _____ _____		

Se **SOLICITA** se tenga por presentado este escrito, a efectos de realizar los trámites oportunos.

En, a de..... de 202...

Fdo.:

A/A.: DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA
(ver instrucciones y plazos en el reverso)

INSTRUCCIONES Y DOCUMENTACIÓN A APORTAR

Esta solicitud debe presentarse a través de registro oficial con al menos 15 días hábiles de antelación a la fecha prevista de inicio con carácter general. El porcentaje de reducción de jornada no podrá superar en ningún caso el 50 %.

EN REDUCCIÓN POR GUARDA LEGAL, CUIDADO FAMILIAR U OTROS.

La reducción de jornada será incompatible con la realización de cualquier otra actividad económica, sea remunerada o no, durante el horario que ha sido objeto de reducción. A tal efecto el interesado efectuará declaración responsable de tal circunstancia **según el modelo del Anexo II**.

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- En todos los casos: **Anexo II**.
- En el caso de cuidado menor de doce años:
 - Libro de familia u otro documento oficial acreditativo del vínculo.
- En el caso de persona mayor que requiera especial dedicación:
 - Resolución o declaración del ICASS u órgano equivalente en la que conste que el trabajador es el cuidador directo del causante o declaración responsable (Anexo I).
 - Para acreditar especial dedicación: **Alguno** de los siguientes documentos:
 - a) Informe del Médico de Familia, o si el tratamiento lo recibe en el hospital, informe facultativo en el que conste que requiere tratamiento, atención, cuidados o asistencia continuada de terceras personas, evitando aportar informes que contengan datos clínicos por razones de confidencialidad y protección de datos.
 - b) Informe de los servicios sociales en el que conste que la persona por la que se solicita la reducción de jornada requiere tratamiento, atención, cuidados o asistencia continuada de terceras personas.
 - c) Resolución sobre el reconocimiento de la situación de dependencia de la persona por la que se solicita la reducción de jornada.
- En el caso de cuidado directo de persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida:
 - Resolución o declaración del ICASS u órgano equivalente en la que conste que el trabajador es el cuidador directo del causante o declaración responsable (Anexo I).
 - Discapacidad: Resolución o certificación oficial del grado de discapacidad igual o superior al 33%,
 - Declaración responsable de que la persona por la que se solicita la reducción de jornada no desempeña actividad retribuida que supere el salario mínimo interprofesional (Anexo III).
- En el caso de cuidado directo de cónyuge o pareja de hecho, o familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo y no desempeñe actividad retribuida:
 - Resolución o declaración del ICASS u órgano equivalente en la que conste que el trabajador es el cuidador directo del causante o declaración responsable (Anexo I).
 - Grado de parentesco y relación familiar:
 - Cónyuge o pareja de hecho: Libro de familia u otro documento oficial acreditativo del vínculo.
 - Familiar de segundo grado: Libro de familia y DNI del causante.
 - Imposibilidad de valerse por sí mismo: **Alguno** de los siguientes documentos:
 - a) Informe del Médico de Familia, o si el tratamiento se recibe en el hospital, el informe facultativo, en el que conste que requiere tratamiento, atención, cuidados o asistencia continuada por terceras personas, evitando aportar informes que contengan datos clínicos por razones de confidencialidad y protección de datos.
 - b) Informe de los servicios sociales en el que conste que la persona por la que se solicita la reducción de jornada requiere tratamiento, atención, cuidados o asistencia continuada de terceras personas.
 - c) Resolución sobre el reconocimiento de la situación de dependencia de la persona por la que se solicita la reducción de jornada.
 - Declaración responsable de que la persona por la que se solicita la reducción de jornada no desempeña actividad retribuida que supere el salario mínimo interprofesional (Anexo III).

ANEXO I

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE (*) CUIDADOR DIRECTO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

CATEGORÍA:

GFH/UNIDAD:

VINCULACIÓN:

DECLARA

Que es el cuidador directo de _____
(Indicar nombre, apellidos y dni) el cual se encuentra a su cargo de forma permanente durante el periodo solicitado de reducción de jornada/ excedencia.

Lugar, fecha y firma.

(*) Conforme el artículo 69.4. de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública: "La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, o la comunicación, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar".

ANEXO II

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE (*)
NO ACTIVIDAD ECONÓMICA EN EL PLAZO Y HORARIO SOLICITADO
PARA LA REDUCCIÓN DE JORNADA

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

CATEGORÍA:

GFH/UNIDAD:

VINCULACIÓN:

DECLARA

Que durante el plazo de vigencia de la reducción de jornada y en el horario en que se ha solicitado la misma no va a desarrollar actividad económica alguna, ya sea remunerada o no remunerada.

Que se compromete a mantener esta situación durante todo el periodo de duración de la reducción de jornada en caso de ser concedida.

Lugar, fecha y firma.

(*) Conforme el artículo 69.4. de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública: *“La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, o la comunicación, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar”.*

ANEXO III

MODELO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE (*)
NO ACTIVIDAD RETRIBUIDA DEL CAUSANTE

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

CATEGORÍA:

GFH/UNIDAD:

VINCULACIÓN:

DECLARA

Que la persona por la que solicita la reducción de jornada _____

(Indicar apellidos, nombre y dni)
no desempeña actividad retribuida que supere el salario mínimo interprofesional.

Lugar, fecha y firma

(*) Conforme el artículo 69.4. de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas: "La *inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, o la comunicación, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar*".