**SOLICITUD CONCILIACIÓN FAMILIAR - TELETRABAJO**

**CUMPLIMENTAR EN MAYÚSCULAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | | |
| **Apellidos** |  | | |
| **DNI** |  | **Teléfono de Contacto** |  |
| **Fecha** |  | **Centro / Unidad / Servicio (PAS)**  **Centro/Departamento (PDI)** |  |

Solicito acogerme a la modalidad de “teletrabajo” desde \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **MOTIVO** |
|  |

|  |
| --- |
| **HORARIO** (Indicar los días de la semana en que se va a realizar teletrabajo y el horario de los días presenciales) |
|  |

**Documentación justificativa:**

* Copia de libro de familia.
* Informe del superior jerárquico.
* Certificación de que el conyuge o pareja efectúa trabajo presencial sin posibilidad de teletrabajar.
* En caso de hijo mejor de 12 años, certificado del Centro educativo acreditativo del aislamiento del aula.
* En caso de hijo mayor de 12 años, certificación del grado de dependencia que posee.

*Declaro poseer los medios adecuados para el correcto desempeño del teletrabajo.*

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_