

SOLICITUD DE EXCEDENCIA PARA EL CUIDADO DE FAMILIARES

DATOS DEL/ LA SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE

DNI

--	--

CATEGORÍA Y RELACIÓN JURÍDICA (FIJO O CONTRATADO) CORREO ELECTRÓNICO

--	--

CENTRO DE TRABAJO

TELÉFONO DE CONTACTO

--	--

DATOS RELATIVOS A LA EXCEDENCIA

1. EXCEDENCIA POR CUIDADO DE HIJOS:

FECHA INICIO MATERNIDAD	
FECHA FINALIZACIÓN MATERNIDAD	
FECHA NACIMIENTO HIJO/ A	
FECHA INICIO EXCEDENCIA	

2. EXCEDENCIA POR CUIDADO DE FAMILIARES:

FECHA INICIO EXCEDENCIA	
SUJETO CAUSANTE	
PARENTESCO	

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA

	FOTOCOPIA COMPULSADA DEL LIBRO DE FAMILIA
	FOTOCOPIA COMPULSADA DE PARTES DE BAJA Y ALTA (MATERNIDAD)
	FOTOCOPIA DE LA SENTENCIA JUDICIAL DE LA ADOPCIÓN (TRES AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE LA SENTENCIA)
	CERTIFICADO MÉDICO QUE ACREDITE QUE POR RAZÓN DE EDAD, ACCIDENTES, ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, EL FAMILIAR NO PUEDE VALERSE POR SÍ MISMO
	DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO DESEMPEÑO DE ACTIVIDAD RETRIBUIDA

El /La solicitante declara que son ciertos los datos que se hacen constar en la presente solicitud

Castellón de la Plana, a de de 20

Fdo.:
DNI.

GERENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN