

**SOLICITUD DE CAMBIO DE PORCENTAJE DE REDUCCIÓN DE JORNADA,
CON CARACTER EXCEPCIONAL, POR CUIDADO DE HIJO O FAMILIAR.**

Código de trabajador	Apellidos y Nombre

En virtud de la medida adoptada por la Consejería de Salud con fecha 27/06/2013 en lo referente a Reducción de Jornada por cuidado de hijo o familiar, por la presente

SOLICITO:

Modificar el porcentaje de Reducción de Jornada por cuidado de hijo o familiar que al día de la fecha tengo concedido por la Agencia Sanitaria Costa del Sol del %, por el del:

Elegir opción deseada

50 % de Reducción de Jornada, con mejora retributiva.

33 % de Reducción de Jornada, con mejora retributiva

hasta el final de la Reducción de Jornada que en la actualidad tengo concedida.

Así mismo, declaro asumir el ajuste horario que dicho cambio de porcentaje de Reducción de Jornada pudiera ocasionar, tanto por exceso como por defecto de la jornada a realizar, siendo dicho ajuste de mutuo acuerdo con el Supervisor o Responsable de mi unidad.

En _____, a _____ de _____ de 2013.

Fdo.: _____



DECLARACIÓN DE SU SITUACIÓN LABORAL A EFECTOS DE INCOMPATIBILIDAD

Nombre y Apellidos:

Área y /o Unidad:

Código Trabajador:

El abajo firmante, a los efectos previstos en el artículo diez de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas y del artículo 13.1 del Real Decreto 598/85, de 30 de abril, declara que:

Desde el día _____ de _____ de _____.

- No desempeño ningún puesto o actividad en el sector público ni realizo actividades Privadas incompatibles o que requieran reconocimiento de compatibilidad.
- No percibo pensión de jubilación, retiro u orfandad por derechos pasivos o por cualquier régimen de la Seguridad Social público y obligatorio.

Si desempeño las siguientes actividades secundarias:

.....

.....

.....

.....

Y para que así conste a todos los efectos, declaro bajo mi responsabilidad la veracidad de dicha declaración, comprometiéndome a comunicar de inmediato cualquier cambio en mi situación a este respecto, en tanto en cuanto mi relación con la Agencia Sanitaria Costa del Sol siga vigente, firmando la presente como prueba de ello.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firmado: _____

Cláusula informativa (art. 5 LOPD) En cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos personales serán tratados y quedarán incorporados en ficheros responsabilidad de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, registrados en la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar los datos personales de los participantes en procesos de reclutamiento y selección y de los trabajadores al servicio de la ASCS, para la gestión administrativa relacionada con contratación, cálculo de nóminas, evaluación del desempeño, formación, desarrollo y control de acceso.

Los datos que se le solicitan resultan necesarios, de manera que de no facilitarlos no será posible la prestación del servicio requerido, en este sentido, usted consiente expresamente la recogida y el tratamiento de los mismos para la citada finalidad.

En todo caso, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede social, sita en Agencia Pública Empresarial Sanitaria Costa del Sol, Unidad de Atención a la Ciudadanía. Autovía A7 KM 187, 29603 Marbella, Málaga, España.

Le rogamos que en el supuesto de producirse alguna modificación en sus datos de carácter personal, nos lo comunique con el fin de mantener actualizados los mismos.