

SOLICITUD DE PERMISOS FAMILIARES Y REDUCCIONES DE JORNADA

SOLICITANTE

Núm. de usuario	Núm. doc. identidad	Nombre
Primer apellido	Segundo apellido	
Categoría	Nombramiento	Fijo Temporal
Gerencia		
Centro	Servicio o unidad	
Correo electrónico para recibir notificaciones	Teléfono	
Correo electrónico del responsable		

PERMISOS FAMILIARES

Para tratamientos de fecundación asistida	
Para exámenes prenatales y técnicas de preparación del parto	
Por gestación	
Por el nacimiento prematuro de un hijo u hospitalización de este después del parto	Número de hijos menores Número de hijos con discapacidad
Por nacimiento para la madre biológica	
Por adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento temporal o permanente	
Para el progenitor distinto a la madre biológica, por nacimiento, guarda con fines de adopción, acogimiento o adopción de un hijo	
Para lactancia de un hijo menor de 12 meses	
Acumulado en jornadas completas	
1 hora diaria	De las <input type="text"/> a las <input type="text"/>
1 hora fraccionada	De las <input type="text"/> a las <input type="text"/> y de las <input type="text"/> a las <input type="text"/>
Para obtener la declaración de idoneidad en los casos de adopción, acogimiento o guarda con finalidad de adopción	<input type="text"/> h <input type="text"/> min diarios
Para cuidar de un hijo o un menor acogido por más de un año, hasta que cumpla ocho años	

REDUCCIONES DE JORNADA

Para guarda legal o atención directa	%
Para atender a un familiar de primer grado afectado por una enfermedad muy grave	%
Para cuidar de un hijo afectado por cáncer o cualquier otra enfermedad grave	%
Por haber sido víctima de violencia de género o violencia sexual	%
Por haber sido víctima de actividad terrorista	%
Para el personal mayor de sesenta años	%
Por problemas de salud que no generen incapacidad temporal o permanente	%
Flexibilización horaria	Motivo: <input type="text"/>

<i>Periodo de tiempo para el que se solicita el permiso o la reducción de jornada</i>								
Desde					hasta			
	día	mes	año		día	mes	año	
<i>Distribución del periodo de tiempo (en los casos aplicables)</i>								
Al principio de la jornada laboral			Al final de la jornada laboral			De forma acumulada		

OBSERVACIONES

DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO, bajo mi responsabilidad, que los datos consignados y los documentos aportados son auténticos; por lo tanto, certifico la veracidad de la información.

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA*

* La documentación que debe aportarse es la descrita en el *Manual de permisos y licencias*. Clique en el permiso familiar o la reducción de jornada que le interese para consultar la ficha correspondiente publicada en el web del Servicio de Salud.

Fecha (excepto si firma electrónicamente)

Visto bueno

Denominación del cargo

Rúbrica o firma electrónica

Rúbrica o firma electrónica

Nombre y apellidos (excepto si firma electrónicamente)

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

El responsable del tratamiento de los datos personales consignados en este formulario es la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, con sede en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Dichos datos serán tratados con la finalidad de gestionar su contratación, nómina, prestaciones sociales y servicios internos, expedientes administrativos relacionados con la gestión de recursos humanos y con la finalidad de una posible gestión sancionadora. Estos datos serán incorporados en la actividad de tratamiento «Gestión de personal».

Tiene derecho a oponerse al tratamiento de estos datos y a limitarlo, y también a acceder, rectificar y suprimir los datos y ejercer el derecho a la portabilidad. Además, tiene derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control. Para ejercer estos derechos ha de presentar una solicitud por escrito al Servicio de Atención al Usuario de la Dirección General del Servicio de Salud de las Islas Baleares, ubicado en la calle de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma)

La Delegación de Protección de Datos del Servicio de Salud de las Islas Baleares tiene su sede en la Dirección de Gestión y Presupuestos (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). El correo electrónico de contacto es dpd@ibsalut.es.

Si desea más información sobre el tratamiento de los datos personales, visite el apartado «Registro de actividades de tratamiento» del web del Servicio de Salud escaneando este código QR.

