

DECLARACIÓN RESPONSABLE A EFECTOS DE REDUCCIÓN DE JORNADA

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

D.N.I. Nº: _____

CON DOMICILIO EN: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

C.P.: _____

TELF/E-MAIL: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

E X P O N E : Que a efectos de lo previsto en el Artículo 3.3 de los Acuerdos de la Mesa Sectorial de Sanidad, sobre régimen de vacaciones, permisos y licencias del personal de centros e instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud, bajo mi responsabilidad

D E C L A R O que durante el tiempo en que permanezca en jornada reducida por guarda legal, no desarrollaré ninguna otra actividad económica, remunerada o no, durante el horario objeto de la reducción solicitada.

Y para que conste a los efectos expuestos, firmo la presente declaración en Granada, a de de 201

Fdo.: