**SOLICITUD MEDIDAS DE CONCILIACIÓN**

**DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO:**

|  |
| --- |
| Denominación del puesto:       Dpto. / Centro / Servicio:     Responsable/Director de Unidad/Servicio:      |

**SOLICITANTE:**

|  |
| --- |
| Apellidos y Nombre: D. / Dña.:       |
| DNI:        |
| Ext. / Tfno:       |  |
| **Fecha:** Haga clic aquí para escribir una fecha. |

 **DESCRIPCIÓN DE LAS TAREAS A DESARROLLAR**

|  |
| --- |
|   |
| **El solicitante** **declara** y conoce todo lo relativo a la Prevención de Riesgos Laborales, en la realización de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo. |

|  |
| --- |
| **FIRMAS:** |
| Responsable FuncionalFdo.: | SolicitanteFdo.: |

|  |
| --- |
| Remisión a Gerencia, Dª. Emma Benlloch Marco, para su conocimiento. |
|  |

Elche, a de de 201