**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 Funcional  Fdo.: | Solicitante  Fdo.: |

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

Elche, a de de 201