|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE:** |  |
| **Responsable de la Unidad/Servicio:** |  |
| **Dpto./Centro/Servicio:** |  |
| **Extensión/Teléfono:** |  |
|  |
| **SOLICITA POR LOS SIGUIENTES MOTIVOS MODIFICAR EL HORARIO:** |
| [ ] Menor 12 años a cargo, por razones de guarda legal |
| [ ] Persona mayor de 65 años que requiera especial atención o personas con discapacidad |
| [ ] Familiar hasta segundo grado por consanguinidad o afinidad y de su cónyuge por enfermedad grave |  |
| [ ] Menor con discapacidad a cargo, por razones de guarda legal |
| [ ] Empleadas víctimas de violencia de género, para hacer una asistencia social integrada |
| [ ] Otros: |
|  |
| **DE:** |
| **Apellidos y Nombre:** |  |
| **DNI.:** |  |
| **Extensión/Teléfono:** |  |
|  |
| **PERIODO AFECTADO POR LA FLEXIBILIDAD HORARIA:** |
| **Desde:** |  |
| **Hasta:** |  |
| **HORARIO ANTIGUO:**  |  |
| **Días:** |  |
| **Inicio:** |  |
| **Fin:** |  |
| **HORARIO NUEVO:**  |  |
| **Días:** |  |
| **Inicio:** |  |
| **Fin:** |  |
| **OBSERVACIONES:**  |  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| **FIRMAS:** |
| Decano facultad /Dtor. Escuela /Dtor. Instituto Inv. /Dtor. Centro Inv. / Dtor. DepartamentoFdo.: | Responsable FuncionalFdo.: | InteresadoFdo.: |
|  |  |  |
| **VºBº. Director/a Servicio de P.A.S.** | **AUTORIZACIÓN:** |
| Fdo.: Isabel Sanz LópezDirectora de Servicio | Fdo.: Emma Benlloch MarcoGerente |

Elche, a de de 201

N**OTA: En el supuesto de que el presente modelo no se ajuste a la necesidad específica, puede acompañarse hoja adjunta con otro detalle, distinto a este.**