|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. Departamento  Fdo.: | | | | Responsable Funcional  Fdo.: | | | | | Interesado  Fdo.: | |
|  | | | | | | |  | | |  | |
| **VºBº. Director/a Servicio de P.A.S.** | | | | | | **AUTORIZACIÓN:** | | | | | |
| Fdo.: Isabel Sanz López  Directora de Servicio | | | | | Fdo.: Emma Benlloch Marco  Gerente | | | | | |

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.**