**SOLICITUD DE CONCILIACIÓN CON LA VIDA LABORAL**

DATOS PERSONALES

| NIF/NIE/PASAPORTE: | |  | | NOMBRE: | |  | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| APELLIDOS: | |  | | | | | | | |
| DOMICILIO: | |  | | | | | | | |
| CÓDIGO POSTAL: | |  | | LOCALIDAD: | |  | | PROVINCIA: |  |
| TLF. FIJO: |  | | TLF. MOVIL: | |  | | E-MAIL: |  | |

CICLO FORMATIVO EN EL QUE SE ENCUENTRA MATRICULADO CURSO

|  |  |
| --- | --- |

Fecha inicio de contrato Fecha finalización de contrato

|  |  |
| --- | --- |

| Horario/os, que lleva en la empresa |  | |
| --- | --- | --- |
| Lunes: | |
| Martes: | |
| Miércoles: | |
| Jueves: | |
| Viernes: | |

Observaciones

| FECHA:  Firma del solicitante |
| --- |

ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN (Marcar con una cruz lo que corresponda):

Copia del/los contratos

Copia de certificado de empresa con horarios (en caso de que no estén en el contrato)

Copia de alta en SS (caso de ser autónomo)