**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)