

ASPECTOS PERSONALES Y FAMILIARES A LOS EFECTOS DEL PUNTO QUINTO DE LA INSTRUCCIÓN 12/2020, DE 19 DE NOVIEMBRE

DESTINO	
CÓDIGO DIR3	

Este formulario debe presentarse únicamente en los supuestos en que haya otra persona (u otras personas) de la unidad en la que trabaja el solicitante que esté interesada en acceder a la prestación de los servicios en la modalidad de teletrabajo.

Es necesario indicar y acreditar documentalmente —aportando, en su caso, los documentos correspondientes— las circunstancias que se pretende que se valoren.

SOLICITANTE

Núm. doc. identidad		Nombre	
Apellido 1		Apellido 2	

SITUACIÓN FAMILIAR

Tengo hijos y/o hijas a cargo [especifique su nombre y edad]:	
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>
Mi cónyuge o pareja estable, inscrito/inscrita en el Registro de Parejas Estables de las Islas Baleares, tiene alguna discapacidad o no puede valerse por sí mismo/misma	
Tengo a mi cargo directamente otros familiares —hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad— con alguna discapacidad o que no pueden valerse por sí mismos, siempre que no lleven a cabo ninguna actividad retribuida [especifique las circunstancias]	
Mi familia es monoparental	

SITUACIÓN PERSONAL [marcau les circumstàncies en què us considereu inclòs/inclusa]

Embarazo	
Grado de discapacidad relacionada con la movilidad o que la afecte:	Superior al 45 %
	Entre el 33 % y el 45 %
Alteración de la salud que afecte a la movilidad de modo que una disminución de los desplazamientos contribuya de forma relevante a mejorar la salud (acreditado por un informe médico)	
Algún tipo de condicionante de la salud de modo que el teletrabajo contribuya a desempeñar óptimamente las funciones del puesto de trabajo (acreditado por un informe médico)	
Problemas de desplazamiento al puesto de trabajo a causa de la distancia desde el domicilio [especifique la distancia en kilómetros]:	km
Víctima de violencia de género	
Antigüedad en la unidad administrativa	

FORMACIÓN

	Estoy cursando o cursaré estudios reglados o relacionados con el puesto de trabajo [especifique el número de horas lectivas o de créditos de la actividad de formación en la que se ha inscrito]:	horas/créditos
--	---	----------------

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Lugar

Fecha

[rúbrica]

POLÍTICA DE PRIVACIDAD

De conformidad con el artículo 6 de la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, y con el artículo 4.11 del Reglamento (UE) 2016/679, la persona que firma la solicitud da su consentimiento de forma inequívoca porque se traten los datos personales que ha consignado. La finalidad del tratamiento de los datos es llevar a cabo las gestiones administrativas derivadas de la solicitud. No obstante, en cualquier momento puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la gerencia territorial o a los Servicios Centrales del Servicio de Salud.