 **SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE CAPACIDAD DOCENTE**

**MEDIDA: Derecho a compatibilizar la producción científica con el cuidado de las hijas o hijos recogida en el Plan CONCILIA UC 2019**

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRE

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

DNI/NIE Teléfono

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

CATEGORÍA

|  |
| --- |
|  |

DEPARTAMENTO

|  |
| --- |
|  |

Fecha de nacimiento, de la decisión administrativa o resolución judicial

|  |
| --- |
|  |

**SOLICITA** la Reducción de la Capacidad Docente contemplada en el Plan CONCILIA de la UC,

y entrega en la **Oficina de Registro** de la UC junto a la solicitud el título acreditativo de ser familia monoparental o el informe de vida laboral del otro progenitor para justificar el cumplimiento del requisito:

“*Ser familia monoparental o parejas en las que ambos progenitores están empleados”*.

Santander, de de

Firmado: