

## DECLARACIÓN PARA LA SOLICITUD DE EXCEDENCIA POR CUIDADO DE FAMILIARES

1.- DATOS PERSONALES			
DNI/NIE/Pasaporte*:	Primer apellido*:	Segundo apellido*:	Nombre*:
Tipo de personal *: <input type="checkbox"/> Funcionario de carrera <input type="checkbox"/> Funcionario interino <input type="checkbox"/> Laboral fijo <input type="checkbox"/> Laboral temporal			
Cuerpo/escala/categoría profesional*:			
2.- DECLARA (marque la declaración correspondiente)			
2.1.- PERSONAL FUNCIONARIO			
<input type="checkbox"/> A efectos de la concesión de la situación administrativa de Excedencia Voluntaria por cuidado de familiares <b>por cuidado de hijo</b> , prevista en el artículo 141 de la Ley 13/2015, de 8 de abril, de la Función Pública de Extremadura, que no desempeña otra actividad que pueda impedir o menoscabar el cuidado personal del hijo menor.			
<input type="checkbox"/> A efectos de la concesión de la situación administrativa de excedencia por cuidado de familiares <b>por cuidado de otro familiar</b> , prevista en el artículo 141 de la Ley 13/2015, de 8 de abril, de la Función Pública de Extremadura, que no desempeña otra actividad que pueda impedir o menoscabar el cuidado del familiar y que el sujeto causante que se encuentra a su cargo no desempeña igualmente actividad retribuida.			
2.2.- PERSONAL LABORAL			
<input type="checkbox"/> A efectos de la concesión de la situación administrativa de excedencia por cuidado de familiares <b>por cuidado de hijo</b> , prevista en el apartado d) del artículo 26 del V Convenio Colectivo para el personal laboral al servicio de la Junta de Extremadura, que no desempeña otra actividad que pueda impedir o menoscabar el cuidado personal del hijo menor.			
<input type="checkbox"/> A efectos de la concesión de la situación administrativa de excedencia por cuidado de familiares <b>por cuidado de otro familiar</b> , prevista en el apartado d) del artículo 26 del V Convenio Colectivo para el personal laboral al servicio de la Junta de Extremadura, que no desempeña otra actividad que pueda impedir o menoscabar el cuidado del familiar y que el sujeto causante que se encuentra a su cargo no desempeña igualmente actividad retribuida.			
3.- DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA DE LA SOLICITUD			
La persona interesada, declara, bajo su expresa responsabilidad, la veracidad de los datos contenidos en la presente solicitud, quedando exonerada la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura de cualquier responsabilidad derivada de los errores u omisiones de los mismos.			
En ....., a ..... de ..... de .....			
FIRMA DE LA PERSONA INTERESADA			