**SOLICITUD ADSCRIPCIÓN TEMPORAL POR MOTIVOS DE SALUD**

**DATOS DEL SOLICITANTE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **EMPLEO:**  GUARDIA CIVIL | **NOMBRE Y APELLIDOS:** | **DNI:** |
| **UNIDAD DE DESTINO SEGÚN CONSTA EN EL BOGC:** | | |
| **UNIDADES (PRIORIZADAS) PARA LAS QUE SOLICITA LA ADSCRIPCIÓN** | | |
| **1º.** | | |
| **2º.** | | |
| **3º.** | | |
| **4º** | | |
| **5º** | | |

**DATOS DE LA PERSONA QUE PRECISA LA ATENCIÓN** 1

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE APELLIDOS Y DNI PERSONA QUE PRECISA LA ATENCIÓN:** | PARENTESCO:  HIJA |
| **DOMICILIO:**  **CALLE** |  |
|  |  |

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA EN RELACIÓN A LA SOLICITUD**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.- EN SU CASO,ACREDITACIÓN DE ESTAR EN POSESIÓN DE LA CUALIFICACIÓN ESPECÍFICA PARA LA VACANTE SOLICITADA | X |
| 2.- DECLARACIÓN CONJUNTA DEL SOLICITANTE Y DE LA PERSONA QUE PRECISA DE ATENCIÓN, HACIENDO CONSTAR QUE LA ATENCIÓN Y CUIDADOS NO SON PROPORCIONADOS POR ORGANISMO ASISTENCIAL O PERSONA DISTINTA AL SOLICITANTE. | X |
| 3.-CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL FAMILIAR QUE PRECISA LA ATENCIÓN O SU REPRESENTANTE LEGAL, QUE AUTORICE SU PRESENTACIÓN Y TRAMITACIÓN A EFECTOS DE LA SOLICITUD DE ADSCRIPCIÓN. | X |
| 4.- INFORME MÉDICO OFICIAL HACIENDO CONSTAR EL DIAGNÓSTICO Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS QUE DETERMINEN LA NECESIDAD DE ATENCIÓN PERMANENTE. | X |
| 5.- DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA RELACIÓN DE PARENTESCO CON LA PERSONA QUE REQUIERA DE LOS CUIDADOS EN CASO DE NO SER EL PROPIO GUARDIA CIVIL | X |
| 6.- PARA ADSCRIPCIONES TEMPORALES MOTIVADAS POR LA ATENCIÓN DE FAMILIARES DE HASTA 2º GRADO DE CONSANGUINIDAD, RELACIÓN DEL RESTO DE FAMILIARES CON EL MISMO GRADO E INFERIOR CON INDICACIÓN DE LA POBLACIÓN DE RESIDENCIA Y SITUACIÓN LABORAL. | X |
| 7.-COPIA SOLICITUD AYUDAS PÚBLICAS DE ASISTENCIA AL ENFERMO, Y EL RESULTADO DE LAS MISMAS. |  |
| 8.- CERTIFICADO DEL ORGANISMO DE LOS SERVICIOS SOCIALES, AUTONÓMICO O NACIONAL, SEGÚN COMPETENCIA, QUE ACREDITE LA NO EXISTENCIA DE PRESTACIONES O SUBSIDIOS. |  |
| 9.- |  |
| 10.- |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE ATENCIÓN FAMILIAR POR MOTIVOS DE SALUD QUE MOTIVAN LA SOLICITUD:** | | |
| DETALLAR EJEMPLO Que el guardia solicitante y su mujer trabajadora autónoma fruto de su relación han concebido dos hijos menores de edad, una de 6 años y otra de 4 años respectivamente.  Que la hija menor de 6 años tiene diagnosticado epilepsia, que la misma desde que tiene asociada dicha enfermedad, además de los síntomas normales de la misma, sufre de estrés, miedo, ansiedad requiriendo un control extremo y continuo por los padres debido a la enfermedad. Se requiere la presencia de ambos progenitores dada la edad de la hija menor de 4 años.  Se adjunta informe.  Que ya de por si y debido a la turnicidad laboral, la conciliación familiar, se organiza de la mejor manera posible, esta requiriendo por parte de ambos progenitores una carga importante, tanto psicológica como física ya que en diversas ocasiones el dicente tiene que cambiar horarios o solicitar Ap para el cuidado de las niñas, debido a la situación laboral de su mujer con horarios cambiantes.  Que la mujer del dicente, de profesión xxxxx y dada de alta en el turno de oficio tiene como horario habitual de trabajo de 09:00 horas a 19:00 horas de lunes a viernes.  Que la misma también tiene asignadas guardias de 24 horas a lo largo del año, unas con fechas señaladas y otras con fechas de carácter urgente dadas con menos de 12 horas de antelación, así como guardias de asistencias detenidos de 24 horas, todo ello sin contar asistencias de carácter privado.  El dicente se encarga en todo momento del cuidado de los menores, ya que la realidad económica de la familia imposibilita que la madre deje de trabajar.  Que también es de reseñar que la suegra del dicente reside en ccccca, se aporta empadronamiento, la madre y el padre del dicente residen en la localidad de xxxxxxxx, que el padre jubilado tiene la salud mermada al padecer xxxxxxx y la madre de la dicente desempleada se ocupa del cuidado de su marido, y la misma tiene una operación de varias hernias, no pudiendo realizar esfuerzos intensos ni coger peso, se adjunta informe.  Que el suegro del dicente reside en xxxxxxxy no se encuentra en condiciones de efectuar cuidado de niños ya que tiene diagnosticado un síndrome obsesivo compulsivo.  Con todo lo referido la esposa del dicente se ve incapacitada para hacerse cargo del núcleo familiar sinedo por ello que el dicente viene a solicitar la adscripción a alguna de las unidades que figuran en la presente petición. | | |
|  | Firma del solicitante: | Fecha y hora: |
| Sello unidad de recepción: | Fecha y hora: |

**REQUISITO NÚMERO 1**

Yo **ZZZZZZZZZZZ**  con DNI **11111111111111E** acredito estar en posesión de la cualificación específica de ESPECIALIZACIÓN FISCAL Y FRONTERAS MODALIDAD BÁSICO(FFB) requisito indispensable para la vacantes solicitadas.

En XXX a 25 de XXXXX de 2024

Firma

**REQUISITO NÚMERO 3**

Yo **zzzzzzzz (pareja)**  con DNI **1111111**, doy mi consentimiento y autorización para la presentación y tramitación de cualquier documento a mi nombre para la presentación de la solicitud de la adscripción correspondiente

En XXX a 25 de XXXXX de 2024

Firma

**REQUISITO NÚMERO 2**

Yo zzzzz con DNI **zzzzzzzzE** y **zzzzzz** con DNI **11111111X**, realizando declaración conjunta, haciendo constar que la atención y cuidados **NO** son proporcionados por organismo asistencial o persona distinta al solicitante

En XXX a 25 de XXXXX de 2024

Firmas

**REQUISITO NÚMERO 4**

* Informe médico de xxxxxx
* Informe psicológico de xxxxx.

**REQUISITO NÚMERO 5**

* Documento acreditativo de parentesco

**REQUISITO NÚMERO 8**

* Certificado Organismo Público de los Servicios Sociales