



SEGURTASUN SAILA
Administrazio eta Zerbitzuen Sailburuordetza
Giza Baliabideen Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD
Viceconsejería de Administración y Servicios
Dirección de Recursos Humanos

I ERANSKINA/ ANEXO I
COVID-19 SINTOMAK DITUEN SEME EDO ALABAGATIK LANPOSTUA UZTEKO ESKAERA / SOLICITUD DE
AUSENCIA PUESTO DE TRABAJO POR HIJO O HIJA CON SINTOMAS COMPATIBLES CON COVID-19

ESKATZAILEAREN DATUAK / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE			
ABIZENAK eta IZENA/ APELLIDOS y NOMBRE			
ARLO/ZUZENDARITZA/ AREA y DIRECCIÓN		SAP ZK./ N° SAP	
Arloko/Zuzendaritzako arduradunaren izena: Nombre del Responsable de Área o Dirección:			

HONAKO NEURRI HAU ESKATZEN DU/ SOLICITA LA SIGUIENTE MEDIDA:

Covid-19 sintomak dituen semea edo alaba, proba egin gabe izateagatik lanpostutik irteko baimena/ Autorización para ausentarse del puesto de trabajo por tener hijo o hija con síntomas de Covid-19 pendiente de realizar prueba

Adierazi neurria noiz hartu nahi duzun/ Señale las fechas o periodos en los que desea disfrutar de la medida:

Honako dokumentu hauek erantsi dira / Se adjuntan los siguientes documentos:

<input type="checkbox"/>	IKASTETXEAREN NOTA (HALAKORIK BADAGO)/ NOTA DEL CENTRO ESCOLAR (EN CASO DE DISPONERSE)
<input type="checkbox"/>	PCR PROBA EGITEKO DATARI BURUZKO ZINPEKO AITORPENA/ DECLARACIÓN JURADA SOBRE FECHA DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA PCR
<input type="checkbox"/>	BESTE GURASOAK LAN EGITEN DUELA DIOEN ZINPEKO ADIERAZPENA /DECLARACION JURADA DE QUE EL OTRO PROGENITOR TRABAJA

ESKATZAILEAREN SINADURA/FIRMA <i>DEL/DE LA SOLICITANTE</i>	ZUZENeko ARDURADUNAREN SINADURA <i>FIRMA DEL /DE LA RESPONSABLE DIRECTA</i>
	<input type="checkbox"/> ADOS / CONFORME
	<input type="checkbox"/> *EZ ADOS/ NO CONFORME
DATA / FECHA:	DATA / FECHA:

***ADOS EZ badago, arrazoiak adierazi eta kontrako txostena eman beharko du/ *EN CASO DE DISCONFORMIDAD, deberá señalar las razones y emitir informe desfavorable.**