Formulario Postulación Ley 21645 - Personas tengan al cuidado personas con

Discapacidad o Dependencia Moderada/Severa

Estimado/a colaborador/a para la completación de la presente postulación, podrá revisar Instructivo correspondiente.

|  |  |
| --- | --- |
| Información personal del Solicitante | |
| Nombre Completo |  |
| RUT |  |
| Cargo |  |
| Área / Dirección |  |
| Tipo de contrato (plazo fijo o indefinido) |  |
| Fecha de contrato |  |
| Nombre de su jefatura directa |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitud de la Situación de Discapacidad o Dependencia | |
| ¿Cuál es la principal razón de su postulación a la Ley 21645? |  |
| Relación con la Persona con Discapacidad o Dependencia |  |
| Grado de Discapacidad o Dependencia (Moderada/Severa) |  |
| Descripción de las Necesidades Específicas de la Persona a Cargo |  |
| Indique su propuesta de combinación fija de tiempos de trabajo presencial (en las dependencias de Enac) y de tiempos de trabajo remoto fuera de ellas, considerando su jornada de trabajo y la naturaleza de sus funciones |  |
| Indique otras precisiones o comentarios relevantes a tener en cuenta |  |
| Documentos que se adjuntan (certificado de discapacidad u otros) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datos de Contacto | |
| Número de Contacto |  |
| Correo electrónico |  |
| Dirección |  |
| Comuna |  |
|  |  |

Confirmo que toda la información indicada más arriba es precisa y fidedigna y autorizo el procesamiento de mi solicitud de acuerdo con las disposiciones de la Ley 21645.

Fecha de solicitud : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma Solicitante : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_