



PETICION DE TARJETA DE REDUCCION INTERNACIONAL (FIP) PARA TRABAJADORES Y BENEFICIARIOS

PRIMER APELLIDO _____ **SEGUNDO APELLIDO** _____

NOMBRE _____ **CLASE** _____

MATRICULA _____ **CARGO** _____

DEPENDENCIA _____

RESIDENCIA _____ **TELEFONO** _____

FECHA DE INGRESO _____

TIENE SOLICITADA EXCEDENCIA O LICENCIA SIN SUELDO: SI ____ NO ____

CÓNYUGE (NOMBRE Y APELLIDOS): _____

HIJOS: (NOMBRE Y APELLIDOS)
(menores de 25 años)

FECHA DE NACIMIENTO

DIA _____ **MES** _____ **AÑO** _____

_____, a _____ de _____ de _____

FIRMA DEL TRABAJADOR: _____

Los datos consignados por el trabajador han sido verificados y son correctos:

RESPONSABLE DE RR.HH. _____

A cumplimentar por la D.C. DEL MARCO DE RELACIONES Y CALIDAD DEL SERVICIO CON ADIF Y RELACIONES INTERNACIONALES - **DIRECCION DE ASUNTOS EUROPEOS**

Extendida/s Tarjeta/s de Reducción n°: _____ Fecha: _____