



**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: \_\_\_\_\_