

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

PERMISO Y LICENCIAS

(Para información: ver REVERSO)

1 DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A			
PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M
Nº REGISTRO PERSONAL / DNI:	PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA:		
CENTRO DE DESTINO A QUE PERTENECE:			<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO

2 SOLICITUD

2.1 En concepto de:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vacaciones anuales retribuidas: <input type="checkbox"/> días hábiles.
<input type="checkbox"/> Asuntos particulares.
<input type="checkbox"/> Traslado de domicilio.
<input type="checkbox"/> Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal, o relacionado con la conciliación de la vida familiar y laboral.
<input type="checkbox"/> Asistencia a Tribunales de exámenes, de oposiciones o Comisiones de Valoración.
<input type="checkbox"/> Asistencia a exámenes finales y demás pruebas de evaluación y aptitud.
<input type="checkbox"/> Asistencia a cursos.
<input type="checkbox"/> Realización de funciones sindicales.
<input type="checkbox"/> Matrimonio o inscripción como pareja de hecho.
<input type="checkbox"/> Exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto.
<input type="checkbox"/> Asistencia a preceptivas sesiones de información-preparación y realización de informes preceptivos en caso de adopción, acogimiento o guarda.
<input type="checkbox"/> Permiso por paternidad
<input type="checkbox"/> Por parto, adopción o acogimiento.
<input type="checkbox"/> Por parto prematuro.
<input type="checkbox"/> Por hospitalización del neonato a continuación del parto.
<input type="checkbox"/> Permiso adicional por parto o adopción.
<input type="checkbox"/> Desplazamiento previo en supuestos de adopción o acogimiento internacional.
<input type="checkbox"/> Accidente grave, enfermedad grave, hospitalización, intervención quirúrgica sin hospitalización o fallecimiento:
<input type="checkbox"/> cónyuge o análogo y familiar dentro del primer grado.
<input type="checkbox"/> familiar dentro del segundo grado.
<input type="checkbox"/> Enfermedad infecto-contagiosa de hijos e hijas menores de 9 años.
<input type="checkbox"/> Permiso de lactancia o cuidado de hijos e hijas menores de 16 meses:
<input type="checkbox"/> 1 hora diaria de ausencia.
<input type="checkbox"/> Jornadas completas con una duración máxima de 4 semanas. | <input type="checkbox"/> Por prestar servicios extraordinarios.
<input type="checkbox"/> Permiso por razón de violencia de género de las empleadas públicas.
<input type="checkbox"/> Permisos no retribuidos:
<input type="checkbox"/> Permiso sin sueldo: (indicar plazo) _____ a _____
<input type="checkbox"/> Estudios oficiales, especializados, becas, realización de viajes de formación: (indicar plazo) _____ a _____
<input type="checkbox"/> Colaboración con ONG:(indicar plazo) _____ a _____
<input type="checkbox"/> Tratamientos rehabilitadores en régimen de internado: (indicar plazo) _____ a _____
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave o irreversible de cónyuge que requiera cuidados paliativos: (indicar plazo) _____ a _____
<input type="checkbox"/> Reducción de jornada:
<input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro/hospitalización del recién nacido.
<input type="checkbox"/> Guarda legal o cuidado de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad.
<input type="checkbox"/> Cuidado de familiar de primer grado por razón de enfermedad muy grave.
<input type="checkbox"/> Atender el cuidado de hijos o hijas con cáncer u otra enfermedad grave.
<input type="checkbox"/> Interés particular.
<input type="checkbox"/> Otros: _____

_____ |
|--|--|

2.2. Periodo solicitado:

Días sueltos						Periodos					
DÍA	DÍA SEMANA	MES	DÍA	DÍA SEMANA	MES	Del	de	de	al	de	de
1.-			3.-			Del	de	de	al	de	de
2.-			4.-			Del	de	de	al	de	de

2.3. Lugar, fecha y firma:

En _____ a _____ de _____ de _____

Conforme: El/la⁽¹⁾ _____ VºBº EL/la Jefe de Sº de _____ El/la solicitante

Fdo: _____ Fdo: _____ Fdo: _____

3 RESOLUCIÓN

Vista la petición formulada, el/la ⁽²⁾ _____

en uso de las facultades atribuidas en materia de personal por el/la⁽³⁾ _____

RESUELVE: **AUTORIZAR** **NO AUTORIZAR** (se adjunta texto completo de la Resolución de no autorización).

RECURSOS QUE PROCEDEN: PERSONAL FUNCIONARIO/INTERINO. Contencioso-Administrativo de acuerdo con lo previsto en la Ley 29/1998, de 13 julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa; sin perjuicio de la interposición del recurso potestativo de reposición de conformidad con lo establecido en los artículos 123 y 124 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
 PERSONAL LABORAL FIJO/TEMPORAL/INDEFINIDO NO FIJO. Recurso ante la Jurisdicción Social de acuerdo con lo previsto en la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social.

En _____ a _____ de _____ de _____

El/la⁽²⁾ _____

Fdo _____

ILMO/A. SR/A.⁽²⁾

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

(1) Titular del Centro Directivo, en su caso. Rellenar esta casilla sólo en aquellos supuestos en que el titular del Centro Directivo no coincida con el órgano competente para resolver.

(2) Indicar el órgano competente para resolver. En caso de delegación de competencias indicar el órgano que ejerce la competencia por delegación.

(3) Indicar la norma de atribución / delegación de competencias.



000615/5D

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, esta Consejería/Organismo Autónomo le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado/parcialmente automatizado. Asimismo, se informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de las solicitudes y el seguimiento de los permisos y licencias. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito al Servicio o unidad indicados en las Órdenes reguladoras de los ficheros automatizados de cada Consejería/Organismo Autónomo.