

A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE			
APELLIDOS		NOMBRE	D.N.I.
Nº DE AFILIACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	N.R.P.	
ASIGNATURA QUE IMPARTE			CÓDIGO
DOMICILIO			Nº PISO
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	MUNICIPIO	
TELÉFONO	SITUACIÓN ADMINISTRATIVA		CÓDIGO
DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO			
CÓDIGO	NOMBRE		
DIRECCIÓN		LOCALIDAD	
MUNICIPIO	CÓDIGO	TELÉFONO	

Para cumplimentar el apartado siguiente, elegir en el reverso (Punto 6 de INSTRUCCIONES) el código y el motivo por el que solicita:

PERMISO  LICENCIA  REDUCCIÓN DE JORNADA  AUTORIZACIÓN

CÓDIGO/MOTIVO		PERIODO TIEMPO QUE SOLICITA									
SUPUESTOS LEY 2/87 FUNCIÓN PÚBLICA		FECHA DE COMIENZO			FECHA INCORPORACION AL CENTRO						
CÓDIGO	MOTIVO	DÍA	MES	AÑO		DÍA	MES	AÑO			
*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\* Cuando se trate de Permiso para cambios de domicilio (Código D2) especifique en este espacio el nuevo domicilio así como el nuevo teléfono, si lo tuviera:


En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

V      °B°      F      irma,

EL DIRECTOR      EL INTERESADO

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> BAJA
<input type="checkbox"/> ALTA

<input type="checkbox"/> CONFIRMACIÓN
<input type="checkbox"/> OTROS DOCUMENTOS(Especificar debajo)

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CÓDIGO	<input type="text"/>	ENFERMEDAD	<input type="text"/>	NÚMEROS DE DÍAS	<input type="text"/>
FECHA DE COMIENZO	<input type="text"/>	FECHA INCORPORACIÓN CENTRO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:**

**A.- Enfermedad, Prórroga por enfermedad/Accidente**

A.1.- Enfermedad afiliados a la Seguridad Social: partes oficiales de baja,continuidad y alta.

A.2.- Enfermos afiliados a MUFACE partes oficiales de baja y alta.

**B.- Embarazo/Alumbramiento**

112 días naturales, ampliable hasta 126 días en caso de embarazo múltiple (Ley 2/87 y Ley 3/89)

Embarazo Parte de Baja (La embarazada debe encontrarse en el periodo de las 10 semanas anteriores a la fecha prevista del parto).

Alumbramiento.

B.1.- Parte de Baja/informe Alumbramiento.

B.2.- Presentar lo antes posible fotocopia de la página del Libro de Familia en que figure inscrito el recién nacido.

**C.- Matrimonio.** Presentar la solicitud al menos 10 días antes.

15 días naturales (Ley 2/87)

Presentar a la mayor brevedad posible, fotocopia del Libro de Familia.

**D.- Asuntos propios (Sin retribución).** Presentar la solicitud al menos 10 días antes.



















Duración acumulada hasta 3 meses cada dos años (Según Ley 2/87).

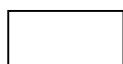
**E.- Cursos.**

Presentar convocatoria del curso.

**INSTRUCCIONES**

1. Rellenar a máquina o en letra mayúscula.
2. Para dar trámite a la presente solicitud es imprescindible cumplimentar todos y cada uno de los datos requeridos.
3. Todas las solicitudes se presentarán a través del Centro de Destino, conforme establece la resolución de 1-08-92 (BOC 17-08-92).
4. Será imprescindible aportar la documentación requerida en cada caso (véase documentación a presentar).
5. Situación en el centro de trabajo.: (Propietario Definitivo,Propietario Provisional,Funcionario en Prácticas,Funcionario en Comisión de Servicio,Funcionario Interino,Funcionario Interino "Sustituto").
6. Códigos y Motivos (Supuestos Ley 2/87 de la Función Pública.Orden del 10-06-92 y Resolución de la Dirección General de Centros 1-08-92).

PERMISOS			LICENCIAS			REDUCCIÓN JORNADA		
LEY 2/87	CÓDIGOS	MOTIVOS	LEY 2/87	CÓDIGOS	MOTIVOS	LEY 2/87	CÓDIGOS	MOTIVOS
Art. 47			Art. 48			Art. 49		
1.a)	 D5	Nacimiento de un hijo	1	1.8	Estudios (retribuciones) o Estudios (Sin retribuciones)	1	 D1	Hijo menor de 10 meses. (Lactancia)
1.a)	 D6	Enfermedad	1	1.9		2	 P1	Guarda legal menor 6 años
1.a)	 D7	Muerte de un familiar	2	 1.7	Asuntos propios	3	 P2	Incapacidad de un familiar
1.b)	 D2	Traslado de domicilio	3	 1.2	Enfermedad	AUTORIZACIONES		
1.c)	 D3	Examen	3	 1.1	Enfermedad (Accidente)		CÓDIGOS	MOTIVOS
1.d)	 D4	Deberes Inexcusable	4	 1.3	Matrimonio	Resolución 1-08-92	 A1	Asistencia a cursos
			4	 1.4	Embarazo/A-lumbramiento	Orden 20-06-92	 A2	Asistencia a cursos (SEPTL)
			5	 1.5	Adopción de menores			
			6	 1.6	Funciones Sindicales			



=Directores de Centros



=Directores Territoriales



=Director Geeneral de Personal