

SOLICITUD DE
PERMISOS, LICENCIAS, REDUCCIÓN
DE JORNADA Y
AUTORIZACIONES DEL PERSONAL
DOCENTE

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

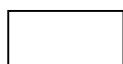
E.- Cursos.

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