



D./DÑA.....D.N.I.....Nº Col.....

E.A.P./UNIDAD..... CATEGORÍA.....

**Nº DE DIAS SOLICITADOS:**

**Del día** ..... **al día** ..... (ambos inclusive)

**Del día** ..... **al día** ..... (ambos inclusive)

**Del día** ..... **al día** ..... (ambos inclusive)

\* Para personal de refuerzo: Nª de horas: .....

**SOLICITA LE SEA CONCEDIDO EL SIGUIENTE PERMISO/LICENCIA POR:**

- VACACIONES ( 22 días laborables se puede fraccionar en dos períodos, hasta el 15 de diciembre).
- LIBRE DISPOSICIÓN (6 días/año, + 2 día al 6º trienio, + 1 día al 8º trienio...sucesivamente, disfrutables hasta el 15 de enero).
- I.T.
- DEBERES PÚBLICOS Y PERSONALES INEXCUSABLES (hasta un máximo de 4 horas, justificar).  
Especificar: \_\_\_\_\_
- TRASLADO DE DOMICILIO (1 día, justificar).
- MATRIMONIO ( 15 días naturales ininterrumpidos desde el día de la boda).
- NECESIDADES FAMILIARES (el período máximo para distinta localidad) Justificar.
  - Nacimiento/Adopción hijo ( 15 días naturales desde el hecho causante).
  - Fallecimiento ( cónyuge, familiar 1º grado: 3/5 días; familiar 2º grado: 2/4 días hábiles).
  - Enfermedad grave familiar o intervención grave ( iguales condiciones y días que para fallecimiento).
- MATERNIDAD (dieciséis semanas ininterrumpidas, ampliables por parto multiple hasta dieciocho).
- ADOPCIÓN ( 16 semanas).
- LACTANCIA ( 1 hora diaria: hijo menor 12 meses ó 1 mes continuado).
- PERMISO SIN SUELDO POR ASUNTOS PROPIOS ( máximo 3 meses/año).
- OTROS (Justificar) \_\_\_\_\_

En.....a.....de.....de.....

El interesado (firma),

Vistas las necesidades del EAP/Unidad procede la concesión del permiso solicitado <b>El coordinador EAP/Responsable Unidad.</b> (Firma y fecha)
<b>SUSTITUTO</b> Nombre y apellidos..... D.N.I..... Nº de días de sustitución..... Nº Colegiado.....  (Firma y fecha)