



SOLICITUD DE LICENCIAS Y PERMISOS

I. DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO

NOMBRE Y APELLIDOS:			
D.N.I. :		TELÉFONO:	
CONSULTORIO / CENTRO DE SALUD :		C. SALUD:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN			
LOCALIDAD		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO			

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

VACACIONES	(*) MATRIMONIO
VACACIONES ADICIONALES	(*) DEBER INEXCUSABLE
LIBRE DISPOSICIÓN	(*) REUNIONES
LIBRE DISPOSICIÓN ADICIONALES	(*) FORMACIÓN
(*) CONSULTA MÉDICA	(*) ENFERMEDAD O ACCIDENTE SIN BAJA
(*) ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE DE FAMILIAR	(*) OTROS
(*) FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	(*) <i>Especificar:</i>
(*) EXAMEN	
(*) TRASLADO DE DOMICILIO	

COMENTARIOS Y/O DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA ANEXA:

--	--

DÍAS O PERÍODOS SOLICITADOS:

TOTAL DÍAS SOLICITADOS:

--	--

3. OBSERVACIONES (sobre períodos solicitados y/o sustitución)

--

4. CUMPLIMENTACIÓN OBLIGATORIA

EL/LA SOLICITANTE	VºBº FAVORABLE DEL RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD	Vº Bº DE LA DIRECCIÓN MÉDICA / DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA
	SUSTITUCIÓN: Sí No	
Fdo.:	Fdo.:	Fdo.:
Fecha:	Fecha:	Fecha y sello :