

SOLICITUD DE PERMISO O LICENCIA (INCAPACIDAD TEMPORAL Y CASOS RELACIONADOS CON LA MATERNIDAD)

1. DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
D.N.I.	CUERPO	ESPECIALIDAD
CENTRO DE SERVICIO	LOCALIDAD	PROVINCIA
DOMICILIO DEL/DE LA INTERESADO/A:		
C/		Nº
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	TELÉFONO/S DE CONTACTO:
2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS		
El/la funcionario/a que suscribe EXPONE que por reunir las condiciones en relación con el motivo señalado en el recuadro,		
Motivos de la Solicitud		
<input type="checkbox"/>	POR ENFERMEDAD	
<input type="checkbox"/>	POR PRÓRROGA DE LA LICENCIA POR ENFERMEDAD	
<input type="checkbox"/>	POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	
<input type="checkbox"/>	POR MATERNIDAD	
<input type="checkbox"/>	POR MATERNIDAD (PERÍODO ADICIONAL)	
<input type="checkbox"/>	PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PRENAT. Y TÉCNICAS DE PREPARACIÓN AL PARTO	
<input type="checkbox"/>	OTROS (ESPECIFIQUESE):	
3. SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA		
SOLICITA la concesión del correspondiente permiso/licencia, para lo cual DECLARA EXPRESAMENTE ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que a la misma se adjunta.		
En a de de		
E/LA SOLICITANTE		
Fdo.:		
DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR, SEGÚN PROCEDA, A LA SOLICITUD		
Parte de enfermedad, accidente o riesgo de embarazo, o bien parte de maternidad, según modelo oficial de la MUFACE y debidamente cumplimentado por el correspondiente facultativo.		

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Y CIENCIA DE.....