



## SOLICITUD DE CONCESIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS

### 1. SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		D.N.I.
Cuerpo, Escala o Plaza	Especialidad	
Dirección Particular	Teléfono/s particular/es	e-mail
Destino Actual		Teléfono Centro

### 2. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

	Día	Mes	Año
Licencia por razón de matrimonio o unión de hecho registrada. Fecha de celebración: .....			
Licencia por asuntos propios.....			<input type="checkbox"/>
Permiso por gestación semana 37. ....			<input type="checkbox"/>
Permiso por maternidad, adopción o acogimiento .....			<input type="checkbox"/>
Permiso sustitutivo de lactancia. ....			<input type="checkbox"/>
Ampliación del permiso por maternidad por hospitalización del neonato. ....			<input type="checkbox"/>
Permiso por maternidad múltiple.....			<input type="checkbox"/>
Permiso por paternidad, adopción o acogimiento, a disfrutar por el padre. ....			<input type="checkbox"/>
Permiso por cesión de la maternidad. ....			<input type="checkbox"/>
Permiso por paternidad (familia numerosa) .....			<input type="checkbox"/>
Permiso por cesión de lactancia al padre. ....			<input type="checkbox"/>
Permiso de desplazamiento por adopción internacional. ....			<input type="checkbox"/>
Vacaciones post-maternales. ....			<input type="checkbox"/>
Vacaciones según artículo 59 Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad .....			<input type="checkbox"/>
Permiso de ausencia de trabajo, por cuidado de hijo menor de doce meses durante una hora diaria .....			<input type="checkbox"/>
Permiso para el cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal .....			<input type="checkbox"/>
Permiso por fallecimiento, accidente o enfermedad grave u operación de un familiar .....			<input type="checkbox"/>
Permiso por exámenes finales y demás pruebas de aptitud y evaluación en centros oficiales cuando se necesiten varios días y exija traslado			<input type="checkbox"/>

### 3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA

De:			A:		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

### 4. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (EN SU CASO)

Lugar y fecha

Firma del solicitante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ILMO. SR. DR. GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y EVALUACIÓN

La información personal que va a proporcionar en este formulario se integrará en el fichero de datos personales con la finalidad de tramitación de escritos y solicitudes presentadas en los registros con destino a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable de dicho fichero es: Dirección General Recursos Humanos, Planificación Educativa y Evaluación, sito en Avda. de la Fama nº 15. 30006 Murcia, ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.