



## SOLICITUD DE CONCESIÓN DE PERMISOS POR NACIMIENTO Y CUIDADO DEL MENOR

### 1.- SOLICITANTE:

Nombre:				DNI:	
Dirección:		Municipio:		CP:	
e_mail:		tf fijo:		tf móvil:	
Cuerpo, Escala o Plaza:			Especialidad:		
Destino Actual:		Localidad:		Tf Centro	

### 2.- MOTIVOS DE LA SOLICITUD:

<b>Permiso por gestación semana 37</b> ( Aportar certificado médico con la fecha de comienzo. )	<input type="checkbox"/>
<b>Permiso por nacimiento para la madre biológica</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ampliación permiso (1)</b> <input type="checkbox"/>
Continuado Fecha inicio: <input type="text"/> Fecha final: <input type="text"/>	Interrumpido (2) Fecha inicio: <input type="text"/> Fecha final: <input type="text"/>
<b>Permiso por adopción, guarda con fines de adopción o acogimiento</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ampliación permiso (1)</b> <input type="checkbox"/>
Continuado Fecha inicio: <input type="text"/> Fecha final: <input type="text"/>	Interrumpido (2) Fecha inicio: <input type="text"/> Fecha final: <input type="text"/>
<b>Permiso del progenitor diferente de la madre biológica por nacimiento, guarda con fines de adopción, acogimiento o adopción.</b>	<input type="checkbox"/>
Continuado Fecha inicio: <input type="text"/> Fecha final: <input type="text"/>	<b>Ampliación permiso (1)</b> <input type="checkbox"/> Fecha inicio: <input type="text"/> Fecha final: <input type="text"/>
(1) Ampliación en 2 semanas más por discapacidad del hijo/a y por cada hijo/a a partir del segundo. (2) Sólo se puede optar por el permiso interrumpido si ambos progenitores trabajan, debiendo justificarlo y solicitándolo por semanas completas con 15 días de antelación.	

### 3.- OTROS MOTIVOS DE LA SOLICITUD:

Ampliación del permiso por nacimiento por hospitalización del neonato	<input type="checkbox"/>
Permiso por lactancia (hijo menor de 12 meses)	<input type="checkbox"/>
Permiso sustitutivo de lactancia	<input type="checkbox"/>
Vacaciones post-maternales	<input type="checkbox"/>
Vacaciones según artículo 59 Ley Orgánica 3/2007, de Igualdad	<input type="checkbox"/>
Permiso de desplazamiento por adopción internacional	<input type="checkbox"/>

3.1.- PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA: Fecha inicio:  Fecha final:

### 4.- RELACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (EN SU CASO) Y OBSERVACIONES.

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 de 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.