|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **R.H. 02** |  | **SOLICITUD GENERAL DE VACACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | | | | | D. N.I. |
| DOMICILIO: | | | Teléfono | C.P | LOCALIDAD |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: | | |  |  |  |
| Carrera □  Prácticas □  Interino □ | Religión □  Especialista □ | CUERPO:  ESPECIALIDAD:  CENTRO DE DESTINO: | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERMISO SOLICITADO**  **(marcar con una X)** | | | | | | | | |
|  | **Vacaciones no disfrutadas en el periodo ordinario** | | | | (Inmediatamente después de que finalice la situación que ha impedido el disfrute en el periodo ordinario) | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Permiso por nacimiento de hijas e hijos prematuros** | |  | **Ausencia del trabajo** (máximo 2 horas diarias con retribuciones integras) | | | | |
|  | **Reducción de jornada** (máximo 2 horas diarias con reducción de retribuciones) | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Permiso para el cumplimiento de un deber inexcusable** | | | **Especificar motivo:** | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Permiso para el cuidado de hijo o hija menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave** | | | (Reducción de jornada de al menos la mitad, con retribuciones integras) | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Permiso por matrimonio o inscripción como pareja de hecho en el correspondiente registro** (15 días naturales consecutivos) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Permiso sin retribución por colaboración con ONG** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Permiso parcialmente retribuido** | | | **Cursos afectados: \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_/\_\_\_ , \_\_\_/\_\_\_ y \_\_\_/\_\_\_** | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Licencia para formación** (Acompañar informe de la Dirección del centro) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Licencia no retribuida por asuntos propios** (Acompañar informe de la Dirección del centro) | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | **Reducción de jornada retribuida para atender al cuidado de un familiar de primer grado por razones de enfermedad muy grave** | | | | | * Hasta el 50% de la jornada * Plazo máximo de 1 mes |  | 1/3 |
|  | 1/2 |
|  | | | | | | | | |
|  | **Reducción de jornada no retribuida por guarda legal** | Cuidado directo de menor de 12 años, persona mayor que requiera especial dedicación, persona discapacitada dependiente o familiar hasta 2º grado que no pueda valerse por si mismo y que no desarrolle actividad retribuida. | | | | |  | 1/3 |
|  | 1/2 |
|  | | | | | | | | |
|  | **Reducción de jornada no retribuida con motivo de proceso de recuperación de enfermedad** | | | | | |  | 1/3 |
|  | 1/2 |
|  | | | | | | | | |
|  | **Reducción de jornada no retribuida para mayores de 55 años** (Acompañar informe de la Dirección del centro) | | | | | |  | 1/3 |
|  | 1/2 |

|  |
| --- |
| **PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA** |
| De □□ □□ □□ A □□ □□ □□  Día Mes Año Día Mes Año |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DOCUMENTOS APORTADOS** | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **LUGAR Y FECHA** | | **FIRMA DEL /A SOLICITANTE** |
|  | |  |

|  |
| --- |
| **INFORME DE LA INSPECCIÓN MÉDICA** (En los supuestos que se basan en rezones de enfermedad): |
| **INFORME DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO** (Asuntos propios, formación y reducción de jornada para mayores de 55 años): |
| **INFORME DE LA UNIDAD TÉCNICA DE INNOVACIÓN EDUCATIVA (**Licencia de formación)**:** |

SR. DIRECTOR GENERAL DE PERSONAL DOCENTE Y ORDENACIÓN ACADÉMICA