



R.H. 01

**SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD, DE RIESGO
DURANTE EL EMBARAZO O PERMISO MATERNIDAD**

DATOS DEL/LA SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			D. N.I.
DOMICILIO	TELÉFONO	C.P	LOCALIDAD
Carrera <input type="checkbox"/>	Interino/a <input type="checkbox"/>	CUERPO Y ESPECIALIDAD	
Prácticas <input type="checkbox"/>	Religión <input type="checkbox"/>	CENTRO DE DESTINO	
	Especialista <input type="checkbox"/>		

MOTIVOS DE LA SOLICITUD (marcar con una X)	
<input type="checkbox"/> BAJA INICIAL	<input type="checkbox"/> PRORROGA
<input type="checkbox"/> PARTE DE ALTA MÉDICA	
<input type="checkbox"/> PERMISO POR PARTO (en caso de parto múltiple, nº de hijos)	
BAJA POR RIESGO	<input type="checkbox"/> DURANTE EL EMBARAZO <input type="checkbox"/> DURANTE LA LACTANCIA NATURAL
<p>En el caso de que la incapacidad temporal esté dentro de uno de los supuestos en los que se deba percibir las retribuciones íntegras, se debe aportar documentación acreditativa de dicha circunstancia.</p>	

DOCUMENTOS ANEXOS APORTADOS	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL /LA SOLICITANTE

ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE PERSONAL DOCENTE Y ORDENACIÓN ACADÉMICA