

DATOS DEL SOLICITANTE:

D./D.^a

CATEGORÍA:

Nº EMPLEADO:

UNIDAD:

SOLICITA:

DISFRUTAR COMO PERMISO RETRIBUIDO POR EL MOTIVO QUE SE INDICA
(permisos reconocidos en el Estatuto de los Trabajadores):

Traslado domicilio

Matrimonio

Fallecimiento de pariente (hasta 2º grado)

Accidente o enfermedad grave (hasta 2º grado)

Hospitalización de pariente (hasta 2º grado)

Intervención quirúrgica sin hospitaliz. y con reposo en casa de pariente (hasta 2º grado)

Maternidad/ Paternidad

Cumplimiento deber inexcusable

Convocatoria a exámenes oficiales

Otros: Especificar: _____

NÚMERO DE DIAS SOLICITADOS:

(Indicar mes y marcar con una cruz los días solicitados)

REFERIDAS AL AÑO NATURAL:

MES:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

MES:

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SE APORTA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA SEGÚN CORRESPONDA A CADA CASO.

FECHA

Email: fibrhh.hcsc@salud.madrid.org – ext.- 3793