

DATOS DEL SOLICITANTE:

D./D.^a

CATEGORÍA:

Nº EMPLEADO:

UNIDAD:

SOLICITA:

DISFRUTAR COMO PERMISO RETRIBUIDO POR EL MOTIVO QUE SE INDICA (*permisos Artículo 33 del Convenio Colectivo*):

Traslado domicilio

Matrimonio

Fallecimiento/Accidente/Enfermedad graves del cónyuge o familiar 1^{er} grado

Fallecimiento/Accidente/Enfermedad graves del cónyuge o familiar 2^o grado

Maternidad/Paternidad/Adopción

Permiso por gestación (semana 37)

Permiso posterior al parto

Lactancia (menor de 12 meses)

Otros: Especificar:

NÚMERO DE DÍAS 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