

**DATOS DEL SOLICITANTE:**

D./D.<sup>a</sup>

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<sup>er</sup> grado

Fallecimiento/Accidente/Enfermedad graves del cónyuge o familiar 2<sup>o</sup> grado

Maternidad/Paternidad/Adopción

Permiso por gestación (semana 37)

Permiso posterior al parto

Lactancia (menor de 12 meses)

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](mailto:fibrhh.hcsc@salud.madrid.org) – ext.- 3793