

## F20. SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD O PERMISO DE MATERNIDAD

### DATOS PERSONALES

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre	
N.I.F.	Cuerpo o Escala			Nº Registro Personal	
Domicilio, calle y núm.					
Localidad		Código Postal	Provincia	Teléfono	

### DATOS ADMINISTRATIVOS

Centro de destino actual	Localidad	Provincia

### MOTIVO DE LA SOLICITUD

(Marque lo que corresponda)

Licencia por enfermedad, accidente o riesgo durante el embarazo

\* Fecha de Inicio:  /  /

Permiso por maternidad

\* Fecha de Inicio:  /  /

(\* La fecha de inicio deberá coincidir con el primer día de ausencia en el centro)

### RELACIÓN DE DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS APORTADOS(en su caso)

1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

  a   de   de 200 

Fdo.: