

SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN

ENVÍO

Email (dp.valladolid.bajas@jcy.l.es)

Fax(983412666)

PAS: Funcionarios y Personal laboral, Profesores de Religión (Primaria y Secundaria)

Profesores de Secundaria y Maestros

| FECHA | | |
|-------|--|--|
| | | |

REMITENTE

CENTRO:

LOCALIDAD:

DESTINATARIO

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE VALLADOLID
SECCIÓN DE GESTIÓN DE PERSONAL

ASUNTO

1.- PERMISOS / LICENCIAS

2.- COMUNICACIÓN DE PARTE DE:

| | Baja | Alta | Confirmación |
|-----------------|-----------------------------|------|----------------------------|
| POR: Enfermedad | Accidente | | Riesgo durante el embarazo |
| | Riesgo durante la lactancia | | Maternidad |

Fecha del parte:

Documentación que aporta:

DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A

APELLIDOS Y NOMBRE:

D.N.I.:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

TELÉFONO:

CUERPO:

ASIGNATURA / ESPECIALIDAD:

ITINERANTE

COMPARTIDO

PRECISA SUSTITUCIÓN:

No

Sí