



JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Consejería de Educación

CONCESIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS

| | | |
|--|---|---------|
| 1.- SOLICITANTE: | Apellidos: | Nombre: |
| Puesto de trabajo: | Grupo Prof.: | N.R.P.: |
| Destino Actual: Unidad Administrativa: | Localidad: | |
| 2.- MOTIVOS DE LA SOLICITUD: | Marcar con una X <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad. <input type="checkbox"/> Vacaciones anuales. <input type="checkbox"/> Matrimonio. <input type="checkbox"/> Matrimonio familiar. <input type="checkbox"/> Licencia por estudios. <input type="checkbox"/> Asistencia a cursos. <input type="checkbox"/> Asuntos propios (sin retribución). <input type="checkbox"/> Asuntos particulares (6 días). <input type="checkbox"/> Días de libre disposición. <input type="checkbox"/> Fallecimiento o enfermedad grave de familiar (1º, 2º y 3º). | <input type="checkbox"/> Paternidad y maternidad. <input type="checkbox"/> Lactancia. <input type="checkbox"/> Traslado de domicilio. <input type="checkbox"/> Concurrencia a exámenes oficiales. <input type="checkbox"/> Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal. <input type="checkbox"/> Cumplimiento de funciones sindicales. <input type="checkbox"/> Reducción de jornada por guarda legal. <input type="checkbox"/> Compensación horaria. <input type="checkbox"/> Otros. | |
| 3.- PERÍODO DE TIEMPO QUE SE SOLICITA: | | |
| | | |
| | | |

| | |
|--|---|
| 4.- DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA (en su caso): | |
| 1.- | |
| 2.- | |
| 3.- | |
| Lugar y fecha: | Firma del solicitante, |
| 5.- INFORME DEL JEFE DE LA UNIDAD: | |
| Vista la solicitud formulada y consideradas las causas alegadas, esta Jefatura de unidad INFORMA: | |
| <input type="checkbox"/> Favorablemente. | <input type="checkbox"/> Desfavorablemente. |
| Motivos del informe desfavorable (en su caso): | |
| Lugar y fecha: | Firma del Jefe de la Unidad, |
| | Fdo.: |
| 6.- RESOLUCIÓN: | |
| Vista la petición formulada y el informe del Jefe de la Unidad, en uso de las facultades que me han sido conferidas, RESUELVO: | |
| <input type="checkbox"/> Autorizar. | <input type="checkbox"/> No autorizar. |
| la concesión del permiso solicitado. | |
| Motivos de la denegación (en su caso): | |
| Recursos que proceden contra la presente Resolución: | |
| Lugar y fecha: | Firma, |
| | Fdo.: |