



**SOLICITUD DE JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD**

**DATOS PERSONALES**

|                         |                     |                  |  |                          |  |
|-------------------------|---------------------|------------------|--|--------------------------|--|
| Primer Apellido         |                     | Segundo Apellido |  | Nombre                   |  |
| N.I.F.                  | Fecha de nacimiento | Cuerpo o Escala  |  | Nº. Registro de Personal |  |
| Domicilio, calle y num. |                     |                  |  |                          |  |
| Localidad               | Provincia           | Código Postal    |  | Teléfono                 |  |

**DATOS ADMINISTRATIVOS**

|                          |           |           |
|--------------------------|-----------|-----------|
| Puesto de trabajo actual |           |           |
| Centro                   | Localidad | Provincia |

**SOLICITO:**

Mi jubilación por incapacidad con efectos de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_,  
al amparo de lo dispuesto en el RDL 670/1987 que aprueba el Texto Refundido  
de la Ley de Clases Pasivas del Estado.

Para lo que acompaño la siguiente documentación:

- Fotocopia del DNI

Y también acompaño la siguiente (indique lo que corresponda):

- 
- 

Valladolid, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Fdo.: