

**PERMISOS Y LICENCIAS**

<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>			
Apellidos y Nombre:		DNI/NIF:	
Dirección:		Tfno:	
Localidad:	Provincia:	C.P.	
Cuerpo o Escala:	Especialidad:	Grupo:	
Centro de destino	NRP:		
Dirección del Área Territorial de Madrid- .....	<input type="checkbox"/> Funcionario de Carrera	<input type="checkbox"/> Funcionario en Prácticas	<input type="checkbox"/> Interino

**Licencia por Enfermedad**
 **Alta Médica**

<input type="checkbox"/> Licencia por Maternidad	<input type="checkbox"/> Licencia por Paternidad	Fecha probable de parto .....
<input type="checkbox"/> Licencia por Asuntos Propios		
Vº Bº del Director del Centro		
<input type="checkbox"/> Licencia por matrimonio		
<input type="checkbox"/> Permiso de lactancia	<input type="checkbox"/> Solicita acumulación de lactancia	
<input type="checkbox"/> Disminución de la jornada de trabajo, por razones de enfermedad, guarda legal de quienes tengan a su cuidado directo algún menor, ascendiente o disminuido psíquico o físico en:		
<input type="checkbox"/> Un tercio	<input type="checkbox"/> Un medio de la jornada	

**PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA**

Desde: ..... Hasta : .....

Los datos que se recogen, se tratarán informáticamente o se archivarán con el consentimiento del ciudadano, quien tiene derecho a decidir quién puede tener sus datos, para qué los usa, solicitar que los mismos sean exactos y que se utilicen para el fin que se recogen, con las excepciones contempladas en la legislación vigente.

En ....., a ..... de ..... de .....

Fdo.: .....

ILMO. SR.: .....