



LICENCIA POR ENFERMEDAD		
APELLIDOS		NOMBRE
D.N.I	CUERPO	
DESTINO ACTUAL (Indicar centro y localidad)		
DOMICILIO EN EL QUE RESIDIRÁ DURANTE EL TIEMPO DE LA LICENCIA ((Dirección Completa)		
TELÉFONO DE CONTACTO	FIJO	MÓVIL

DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA	
SEÑALE LO QUE PROCEDA	<input type="checkbox"/> BAJA INICIAL <input type="checkbox"/> PARTE DE CONFIRMACIÓN <input type="checkbox"/> ALTA <input type="checkbox"/> OTROS
Lugar, fecha y firma.	