



SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN

Att: PERSONAL PRIMARIA

Nº FAX:

91 887 21 42

CENTRO:

Código Centro

Localidad:

Tlf. de contacto

TITULAR

DNI:

Apellidos
y nombre:

- CARGO DIRECTIVO**
 F. DE CARRERA
 INTERINO

Especialidad:

Inicio:

Duración:

CAUSA:

- ENFERMEDAD / OPERACIÓN MATERNIDAD / ADOPCIÓN MATRIMONIO
 ASUNTOS PROPIOS EXCEDENCIA REDUCCIÓN DE JORNADA: 1/2 ó 1/3
 Otros (especificar):

Se adjunta fax de baja: **SI** **NO**

Especificar si la Especialidad es de tipo **no ordinario** (p.ej.: itinerante, compensatoria, compartida, etc.)

Observaciones:

Firma o Sello