

1 SOLICITANTE	
Apelidos: _____ Nome: _____	
NIF: _____	Tel. móbil: _____ Correo: _____
Corpo: _____ Grupo: _____	
Relación xurídica: <input type="checkbox"/> Funcionario/a <input type="checkbox"/> Func. en prácticas <input type="checkbox"/> Persoal interino/a <input type="checkbox"/> Persoal substituto/a <input type="checkbox"/> Laboral indefinido/a <input type="checkbox"/> Laboral temporal	Xornada: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Parcial Centro de destino: IES Francisco Asorey
2 DATAS E DURACIÓN DO PERMISO	
Día(s) completos(s) <input type="checkbox"/> : _____	
Día ____ / ____ / 202__ Mañá: Entrada <input type="checkbox"/> / 1ª <input type="checkbox"/> / 2ª <input type="checkbox"/> / R <input type="checkbox"/> / 3ª <input type="checkbox"/> / 4ª <input type="checkbox"/> / R <input type="checkbox"/> / 5ª <input type="checkbox"/> / 6ª <input type="checkbox"/> / Saída <input type="checkbox"/> Tarde: Entrada <input type="checkbox"/> / 7ª <input type="checkbox"/> / 8ª <input type="checkbox"/> / Saída <input type="checkbox"/> / 9ª <input type="checkbox"/> / 10ª <input type="checkbox"/> / 11ª <input type="checkbox"/>	
Día ____ / ____ / 202__ Claustro <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/> Avaliación <input type="checkbox"/> C.E <input type="checkbox"/>	
3 PERMISO QUE SOLICITA	
PERMISOS: <input type="checkbox"/> Falecemento, accidente ou enfermidade grave, hospitalización ou intervención cirúrxica dun familiar (art. 3) <input type="checkbox"/> Traslado de domicilio (art. 4) <input type="checkbox"/> Concorrer a exames finais, probas definitivas de aptitude e probas selectivas no ámbito do emprego público (art. 6) <input type="checkbox"/> Realización de exames prenatais e técnicas de preparación ao parto ou asistencia ás preceptivas sesións de información e preparación e para a realización dos preceptivos informes psicolóxicos e sociais previos á declaración de idoneidade (art. 9) <input type="checkbox"/> Para realizar tratamentos de fecundación asistida (art. 10)	<input type="checkbox"/> Por matrimonio de familiares de ata segundo grao de consanguinidade e primeiro de afinidade (art. 12) <input type="checkbox"/> Deberes inescusables de carácter público ou persoal, deberes relacionados coa conciliación da vida familiar e laboral e mais de asistencia a consultas e revisións médicas (art. 14) <input type="checkbox"/> Asuntos particulares (art. 15) <input type="checkbox"/> Por asistencia a actividades de formación de profesorado. (art. 22) AUSENCIAS IMPREVISTAS: <input type="checkbox"/> Imprevistos (art. 33)
4 DOCUMENTACIÓN QUE SE ACHEGA	
<input type="checkbox"/> Fotocopia cotexada do libro de familia <input type="checkbox"/> Certificado de empadramento <input type="checkbox"/> Certificado de defunción <input type="checkbox"/> Fotocopia cotexada da inscrición no Rexistro Oficial de Parellas de Feito <input type="checkbox"/> Documento que acredite a hospitalización ou a intervención cirúrxica grave segundo o motivo que xera a solicitude do permiso <input type="checkbox"/> Fotocopia cotexada da partida de nacemento ou da resolución administrativa ou xudicial de adopción ou acollemento <input type="checkbox"/> Certificado de convivencia ou informe do traballador social en que acredite as persoas que conforman a unidade familiar <input type="checkbox"/> Documento acreditativo da asistencia á proba de aptitude, exame final ou proba de acceso ou ingreso á función pública en que figure o lugar, a data e o centro de realización <input type="checkbox"/> Documento xustificativo da necesidade de realización de exames prenatais e técnicas de preparación ao parto dentro da xornada laboral <input type="checkbox"/> Documento xustificativo de asistencia ás preceptivas sesións de información e preparación e para a realización dos preceptivos informes psicolóxicos e sociais previos á declaración de idoneidade dentro da xornada laboral <input type="checkbox"/> Documento xustificativo da necesidade de realización de tratamentos de fecundación asistida dentro da xornada laboral <input type="checkbox"/> Documento xustificativo da necesidade de realización das revisións médicas dentro da xornada laboral <input type="checkbox"/> Documento acreditativo das limitacións que lles impiden ir sós ou de que non poden valerse por si mesmos (acompañamento ás revisións médicas) <input type="checkbox"/> Orixinal ou copia cotexada da citación ou convocatoria do órgano xudicial, administrativo, órgano do goberno ou comisión dependente deles ou calquera outro órgano oficial <input type="checkbox"/> Documento acreditativo de ter a condición de elixible no proceso electoral ou de formar parte dunha mesa electoral <input type="checkbox"/> Orixinal ou copia cotexada da convocatoria ou/e asistencia a reunión das comisións das probas de acceso á universidade, da Consellería de Educación e O.U. ou das súas xefaturas territoriais ou do órgano de selección ou provisión, con nomeamento da autoridade competente <input type="checkbox"/> Orixinal ou copia cotexada da realización de visitas dentro dos programas europeos <input type="checkbox"/> Documento que acredite a responsabilidade civil, penal, social ou administrativa da persoa interesada e que supoña o cumprimento dunha obriga <input type="checkbox"/> Documento que acredite a doazón de sangue, medula ou plaquetas <input type="checkbox"/> Documento que acredite a asistencia dos deportistas de alto nivel ás competicións de carácter internacional, así como as concentracións preparatorias destas <input type="checkbox"/> Outros: _____	

Cambados, _____ de _____ de 20__

SINATURA