

Dº./ Dª.:_____.

SERVICIO/DEPARTAMENTO: _____.

SOLICITA PERMISO PARA AUSENTARSE DE SU PUESTO DE TRABAJO POR EL/LOS SIGUIENTE/S MOTIVO/S:

CONCEPTO	FECHA DESDE	FECHA HASTA	Nº DÍAS	INTERVALO HORARIO: Nº HORAS	APORTA JUSTIFICANTE	
					SI	NO
ASUNTOS PARTICULARES						
COMPENSACIÓN DE HORAS						
DEBER PÚBLICO						
ENF. GRAVE CON HOSPITALIZACIÓN						
EXÁMENES						
FALLECIMIENTO DE FAMILIAR						
HORAS SINDICALES						
MATRIMONIO						
NACIMIENTO DE HIJO						
LACTANCIA						
PERMISO NO RETRIBUIDO						
PERMISO RETRIBUIDO						
SALIDA A MÉDICO						
TRASLADO DE DOMICILIO						
VACACIONES						
OTROS:						

OBSERVACIONES:

EN TORREJONCILLO A _____ DE _____ DE 2.015.

EL/LA DIRECTOR/A DEL SERVICIO	EL/ LA INTERESADO/A	LA PRESIDENTA MRF
FDO.: Dº./Dª.:	FDO.: Dº./Dª.:	FDO.: Dª.: MÓNICA MARTÍN SÁNCHEZ.