



DATOS DEL TRABAJADOR/A:

- NOMBRE Y APELLIDOS:
- DNI:
- PUESTO DE TRABAJO/ÁREA:

SOLICITA LICENCIA RETRIBUIDA POR:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fallecimiento/Accidente familiar primer grado <input type="checkbox"/> Fallecimiento/Accidente familiar segundo grado <input type="checkbox"/> Enfermedad grave familiar primer grado <input type="checkbox"/> Enfermedad grave familiar segundo grado <input type="checkbox"/> Traslado domicilio <input type="checkbox"/> Concurrir exámenes y/o pruebas aptitud <input type="checkbox"/> Permiso lactancia acumulado <input type="checkbox"/> Deber inexcusable <input type="checkbox"/> Consulta/ cita médica: <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/> Asuntos Propios 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reducción 50% cuidado familiar 1º grado <input type="checkbox"/> Funciones sindicales <input type="checkbox"/> Examen Prenatal y/o preparación parto <input type="checkbox"/> Guarda legal o cuidado menor <input type="checkbox"/> Lactancia hijo o hija menor 12 meses <input type="checkbox"/> Nacimiento con necesidad de hospital
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Formación y/o perfeccionamiento. <input type="checkbox"/> Reuniones Técnicas -Gastos asociados:

*Se adjunta la siguiente Documentación:

Día	Mes	Año	Horario	Justificación	Firma y cargo persona responsable

*Fecha: _____ *Firma:

Fdo.:

A/A SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE ALBOX.