



CONCESIÓN DE PERMISOS E LICENZAS (ORDE 26 de Xaneiro de 2016)

1 SOLICITANTE		
Apelidos:	Nome:	NIF:
Teléfono móbil:	Correo	
Relación xurídica: <input type="checkbox"/> Persoal funcionario de carreira <input type="checkbox"/> Persoal funcionario en prácticas <input type="checkbox"/> Persoal funcionario interino <input type="checkbox"/> Persoal laboral indefinido <input type="checkbox"/> Persoal laboral temporal (marcar cun X o recadro correspondente)		
Centro de destino : IES EDUARDO BLANCO AMOR		
2 PERMISO QUE SOLICITA		

RELACIÓN DE HORAS FALTADAS DURANTE O PERMISO:

	DATA	HORARIO												TOTAL	
		GT	1ª	2ª	3ª	R	4ª	5ª	6ª	GT	7ª	8ª	Outras		
LUNS	/ /														
MARTES	/ /														
MÉRCORES	/ /														
XOVES	/ /														
VENRES	/ /														
TOTAL															

PERMISO/LICENZA	POSIBLE DOCUMENTACIÓN PARA A SÚA XUSTIFICACIÓN
<input type="checkbox"/> Falecemento, accidente ou enfermidade grave, hospitalización ou intervención cirúrxica dun familiar (art.3)	Certificado de defunción. Documento que acredite a hospitalización ou a intervención cirúrxica grave segundo o motivo que xera a solicitude do permiso
<input type="checkbox"/> Traslado de domicilio (art.4)	Certificado de empadramento ou análogo.
<input type="checkbox"/> Concorrer a exames finais, probas definitivas de aptitude e probas selectivas no ámbito do emprego público (art.6)	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"/> 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)	Acreditación da asistencia.
<input type="checkbox"/> Para realizar tratamentos de fecundación asistida (art.10)	Acreditación do centro onde se realiza o tratamento.
<input type="checkbox"/> Por matrimonio de familiares de ata segundo grao de consanguinidade e primeiro de afinidade (art.12) <i>Día da celebración</i>	Documentación xustificativa
<input type="checkbox"/> Consultas e revisións médicas propias (art.14.2) <i>Polo tempo indispensable</i>	Acreditación da asistencia. Documento xustificativo da necesidade de realización de revisións médicas dentro da xornada laboral.
<input type="checkbox"/> Enfermidade leve de 1,2 ou 3 días de duración (art.14.3)	Parte médico que indique os días de ausencia sen necesidade de baixa
<input type="checkbox"/> Deber inescusable de carácter público ou persoal (art.14.5)	Citación/convocatoria e/ou acreditación da asistencia
<input type="checkbox"/> Conciliación da vida persoal e familiar (acompañante en visitas médicas, titorías,...) (art.14.6)	Acreditación da asistencia. Documento acreditativo das limitacións que lles impiden ir sos ou de que non poden valerse por si mesmos (acompañamento ás revisións médicas)
<input type="checkbox"/> Asuntos particulares (art.15). <i>Ata 4 días por curso (2 poderán ser lectivos)</i>	Sen xustificación. Concederanse en función das necesidades do servizo.
<input type="checkbox"/> Imprevistos (art.33) <i>Ata 24 periodos lectivos por curso</i>	Sen xustificación
<input type="checkbox"/> Outros	

Ourense, dede 20.....

Sinatura do/a docente