

SOLICITUD DE CONCESIÓN DE PERMISOS Y LICENCIAS

1. SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		D.N.I.	Nº Registro Personal
Cuerpo, Escala o Plaza	Grupo	Asignatura	
Dirección Particular	Teléfono Particular	e-mail	
Destino Actual			Teléfono Centro

2. MOTIVOS DE LA SOLICITUD

Licencia por asuntos propios				<input type="checkbox"/>
Licencia por razón de matrimonio o unión de hecho registrada. <i>Fecha celebración:</i>	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>	<input type="checkbox"/>
Permiso sustitutivo de lactancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por paternidad, adopción o acogimiento, a disfrutar por el padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por maternidad, adopción o acogimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampliación del permiso por maternidad por hospitalización del neonato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por maternidad múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por paternidad múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso de ausencia del trabajo, por cuidado de hijo menor de doce meses durante una hora diaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso para el cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por cuidado de hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por el fallecimiento, accidente o enfermedad grave u operación de un familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso para cuidado de familiares con enfermedad muy grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permiso por exámenes finales y demás pruebas de aptitud y evaluación en centros oficiales cuando se necesiten varios días y exija traslado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reducción de jornada			1/2	1/3
Por cuidado de un menor de doce años(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por cuidado de un disminuido físico o psíquico que no desempeñe actividad retribuida(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por incapacidad de padres, conyuge o familiar que conviva con el funcionario(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por motivos de salud(1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Es necesario solicitud expresa para volver a jornada completa.				
Para mayores de cincuenta y cinco años(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por el art. 6 de la Ley 5/2012 de 29 de junio de ajuste presupuestario de la CARM(2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Reducción todo el año				
Cesación progresiva de actividades para los funcionarios que les falte menos de cinco años para cumplir la edad forzosa(3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Se renueva por periodos semestrales				

3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA

<u>De</u>	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>	<u>A</u>	<u>Día</u>	<u>Mes</u>	<u>Año</u>
-----------	------------	------------	------------	----------	------------	------------	------------

4. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (EN SU CASO)

<u>Lugar y Fecha</u>	<u>Firma del solicitante</u>
.....

ILMO. SR. DR. GENERAL DE PLANIFICACIÓN EDUCATIVA Y RECURSOS HUMANOS

La información personal que va a proporcionar en este formulario se integrará en el fichero de datos personales con la finalidad de tramitación de escritos y solicitudes presentadas en los registros con destino a la gestión del procedimiento, actuación o trámite administrativo de que se trate. El responsable de dicho fichero es: Dirección General de Planificación Educativa y Recursos Humanos, sito en Avda. de la Fama nº 15. 30006 Murcia, ante el que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.