

SOLICITUD

- EXCEDENCIA**
- VOLUNTARIA
 - VOLUNTARIA POR INCOMPATIBILIDAD
 - VOLUNTARIA PARA CUIDADO DE HIJOS
 - VOLUNTARIA POR CUIDADO GERIÁTRICO
 - FORZOSA

P
E
R
S
O
N
A
L
L
A
B
O
R
A
L
000124

| | | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|--------|
| 1 DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A | | | | | |
| PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | | NOMBRE | |
| D.N.I. | DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA | | | | Nº |
| LOCALIDAD | | CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | TELÉFONO DE CONTACTO | |
| GRUPO PROFESIONAL | CATEGORÍA | FLUO <input type="checkbox"/> | TEMPORAL <input type="checkbox"/> | ANTIGÜEDAD Años Meses Días | |
| PUESTO DE TRABAJO QUE OCUPA EN LA ACTUALIDAD (EN CASO DE INCOMPATIBILIDAD AL QUE DEJA VACANTE) | | | | | CÓDIGO |
| CENTRO DE TRABAJO | | CENTRO DIRECTIVO | | ÓRGANO DEL QUE DEPENDE EL CENTRO DE TRABAJO | |

| | | |
|---|--|--|
| 2 PRECISIONES AL TIPO DE EXCEDENCIA SOLICITADA | | |
| EXCEDENCIA POR INCOMPATIBILIDAD ESPECIFICAR PUESTO DE TRABAJO AL QUE SE OPTA (APORTAR DOCUMENTOS) | | |
| EXCEDENCIA POR CUIDADO DE HIJOS ESPECIFICAR FECHA NACIMIENTO HIJO/A (APORTAR DOCUMENTOS) | | |
| EXCEDENCIA PARA CUIDADO GERIÁTRICO ESPECIFICAR: NOMBRE PARENTESCO EDAD [][] LIMITACIÓN DEL SUJETO CAUSANTE (APORTAR DOCUMENTOS) | | |
| EXCEDENCIA FORZOSA ESPECIFICAR MOTIVO (APORTAR DOCUMENTOS) | | |
| PERÍODO DE TIEMPO QUE SOLICITA | | |

| | |
|---|--|
| 3 SOLICITUD, LUGAR, FECHA, Y FIRMA | |
| SOLICITA le sea concedida la excedencia señalada. En a de de | |
| Fdo.: | |

ILMO/A. SR/A.