

**SOLICITUD DE PERMISO O LICENCIA  
(INCAPACIDAD TEMPORAL Y CASOS RELACIONADOS CON LA MATERNIDAD)**

<b>1. DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A</b>											
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRE			
D.N.I.				CUERPO				ESPECIALIDAD			
CENTRO DE SERVICIO						LOCALIDAD			PROVINCIA		
DOMICILIO DEL/DE LA INTERESADO/A:											
C/						Nº		CÓD. POSTAL			
LOCALIDAD:				PROVINCIA:				TELÉFONO/S DE CONTACTO:			
<b>2. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.</b>											
El/la funcionario/a que suscribe EXPONE que por los motivos y para el período que se indican											
Motivos de la Solicitud											
<input type="checkbox"/> POR ENFERMEDAD											
<input type="checkbox"/> POR PRÓRROGA DE LA LICENCIA POR ENFERMEDAD											
<input type="checkbox"/> POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO											
<input type="checkbox"/> POR MATERNIDAD											
<input type="checkbox"/> POR MATERNIDAD (PERÍODO ADICIONAL)											
<input type="checkbox"/> PARA LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES PRENAT. Y TÉCNICAS DE PREPARACIÓN AL PARTO											
<b>3. PERÍODO DE TIEMPO SOLICITADO.</b>											
Días sueltos						Períodos					
DIA	DIA SEM.	MES	DIA	DIA SEM.	MES	Del	de	de 20	al	de	de 20
1º			4º			Del	de	de 20	al	de	de 20
2º			5º			Del	de	de 20	al	de	de 20
3º			6º			Del	de	de 20	al	de	de 20
<b>4. SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA.</b>											
SOLICITA la concesión del correspondiente permiso/licencia, para lo cual DECLARA EXPRESAMENTE ser ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que a la misma se adjunta.											
En ..... a ..... de ..... de .....											
E/LA SOLICITANTE											
Fdo.: .....											
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, la Consejería de Educación le informa que sus datos personales, obtenidos mediante la cumplimentación de esta solicitud, se incorporarán para su tratamiento en un fichero automatizado. La recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de licencias por enfermedad y/o maternidad.											
<b>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR, SEGÚN PROCEDA, A LA SOLICITUD.</b>											
Parte de enfermedad, accidente o riesgo de embarazo, o bien parte de maternidad, según modelo oficial de la MUFACE debidamente cumplimentado por el correspondiente facultativo.											

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE EDUCACIÓN DE \_\_\_\_\_

