

## PERMISOS Y LICENCIAS

<b>1 DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A</b>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
Nº REGISTRO PERSONAL / DNI	PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA	
CENTRO DE DESTINO A QUE PERTENECE		<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO

<b>2 SOLICITUD</b>	
<b>2.1. Fundamentos:</b>	<input type="checkbox"/> Decreto 349/96, de 16 de julio, modificado por Decreto 347/2003, de 9 de diciembre; Orden de 29 de julio de 1996, modificada por la Orden de 15 de octubre de 2004
<input type="checkbox"/> Ley 30/1984, de Medidas para la Reforma de la Función Pública.	<input type="checkbox"/> Convenio Colectivo vigente para el Personal Laboral.
<input type="checkbox"/> Ley de Funcionarios Civiles del Estado. Decreto 315/1964 de 7 de febrero.	
<b>2.2. En concepto de:</b>	<input type="checkbox"/> Exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto.
<input type="checkbox"/> Vacaciones anuales retribuidas: <input type="checkbox"/> mes natural <input type="checkbox"/> días hábiles (min. 5 consecutivos)	<input type="checkbox"/> Nacimiento, adopción o acogimiento preadoptivo o permanente.
Años completos de servicio .....	<input type="checkbox"/> Por parto, adopción o acogimiento.
<input type="checkbox"/> Asuntos particulares (hasta un máximo de 8 días al año).	<input type="checkbox"/> Permiso adicional por parto o adopción.
<input type="checkbox"/> Traslado de domicilio.	<input type="checkbox"/> Desplazamiento previo en supuestos de adopción internacional.
<input type="checkbox"/> Colaboración con ONG.	<input type="checkbox"/> Accidente grave, enfermedad grave, hospitalización o fallecimiento:
<input type="checkbox"/> Asuntos particulares sin retribución.	<input type="checkbox"/> cónyuge o análogo y familiar dentro del primer grado
<input type="checkbox"/> Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal.	<input type="checkbox"/> familiar dentro del segundo grado
<input type="checkbox"/> Asistencia a Tribunales de exámenes, de oposiciones o Comisiones de Valoración.	<input type="checkbox"/> Enfermedad infecto-contagiosa de hijos menores de 9 años.
<input type="checkbox"/> Asistencia a exámenes finales y demás pruebas de evaluación y aptitud.	<input type="checkbox"/> Por prestar servicios extraordinarios.
<input type="checkbox"/> Preparación de exámenes.	<input type="checkbox"/> Licencia previa a la jubilación anticipada (personal laboral).
<input type="checkbox"/> Asistencia a cursos.	<input type="checkbox"/> Reducción de jornada (especificar supuesto y tipo de reducción):
<input type="checkbox"/> Estudios sobre materias relacionadas con la Función Pública.	.....
<input type="checkbox"/> Realización de funciones sindicales.	.....
<input type="checkbox"/> Matrimonio o inscripción como pareja de hecho.	<input type="checkbox"/> Otros (especificar): .....

<b>2.3. Período solicitado:</b>			<b>Días sueltos</b>			<b>Períodos</b>		
DÍA	DÍA SEMANA	MES	DÍA	DÍA SEMANA	MES	Del	de	de
1.-	.....	.....	5.-	.....	.....	.....	de	de
2.-	.....	.....	6.-	.....	.....	.....	de	de
3.-	.....	.....	7.-	.....	.....	.....	de	de
4.-	.....	.....	8.-	.....	.....	.....	de	de

<b>2.4. Lugar, fecha y firma:</b>	En .....	a .....	de .....	de .....
Conforme: El/la (1) .....	Vº Bº El/la Jefe de Sº de .....	El/la solicitante		
Fdo.: .....	Fdo.: .....	Fdo.: .....		

<b>3 RESOLUCIÓN</b>
Vista la petición formulada, el/la (2) .....
en uso de las facultades atribuidas en materia de personal por el/la (3) .....
<b>RESUELVE:</b> <input type="checkbox"/> AUTORIZAR <input type="checkbox"/> NO AUTORIZAR (se adjunta texto completo de la Resolución de no autorización).
<b>RECURSOS QUE PROCEDEN:</b> PERSONAL FUNCIONARIO/INTERINO. Contencioso-Administrativo de acuerdo con lo previsto en los arts. 8, 14 y 46 de la Ley reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa; sin perjuicio de la interposición del recurso potestativo de reposición de conformidad con lo establecido en los arts. 116 y 117 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. PERSONAL LABORAL. Reclamación previa a la vía judicial laboral de conformidad con lo establecido en los arts. 69 de la Ley de Procedimiento Laboral y 125 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre.
En ..... a ..... de ..... de .....
El / La (2) .....
Fdo.: .....

ILMO/A. SR/A. (2) .....

- (1) Titular del Centro Directivo, en su caso. Rellenar esta casilla sólo en aquellos supuestos en que el titular del Centro Directivo no coincida con el órgano competente para resolver.  
 (2) Indicar el órgano competente para resolver. En caso de delegación de competencias indicar el órgano que ejerce la competencia por delegación.  
 (3) Indicar la norma de atribución / delegación de competencias.

**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 \_\_\_\_\_



**ANEXO IV**

**SOLICITUD PARA EL RECONOCIMIENTO DEL ABONO DEL CIENTO POR CIENTO DEL COMPLEMENTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS SUPUESTOS DEL ART.14 DE LA LEY 3/2012, DE 21 DE SEPTIEMBRE.**

<b>1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA</b>		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
NIF	CUERPO	ESPECIALIDAD
CENTRO DE SERVICIO	<input type="checkbox"/> FUNCIONARIO <input type="checkbox"/> LABORAL <input type="checkbox"/> INTERINO	
DOMICILIO	LOCALIDAD	
CÓDIGO POSTAL	Teléfono 1	Teléfono 2

<b>2 SOLICITUD</b>
<p>2.1 Fundamentos:          Ley 3/2012, de 21 de septiembre, de Medidas Fiscales, Administrativas, Laborales y en materia de Hacienda Pública para el reequilibrio económico- financiero de la Junta de Andalucía.          Instrucción 16/2015, de 15 de octubre, de la Dirección General del Profesorado y Gestión de Recursos Humanos.</p>
<p>2.2 En concepto de:          Reconocimiento de abono 100 por 100 del complemento por incapacidad temporal, de fecha __/__/__ por estar incluido en uno de los supuestos recogidos en el artículo 14.1.1ª de la ley 3/2012, de 21 de septiembre.</p> <p> <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia profesional (Accid. acto de servicio, enfermedad profesional, riesgo embarazo - lactancia natural).  <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado hospitalización.  <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de contingencia común que ha generado intervención quirúrgica.  <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal ocasionada por enfermedad incluida en el anexo del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio.  <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal en periodo de gestación o de lactancia natural.  <input type="checkbox"/> Por incapacidad temporal derivada de otras contingencias (art.14.1.1ª)         </p>
<p>2.3 Documentación que debe acompañar, según proceda, a la solicitud.</p> <p> <input type="checkbox"/> Resolución del expediente de averiguación de causas que determine la contingencia profesional o parte médico de baja por contingencia profesional.  <input type="checkbox"/> Justificante de la estancia hospitalaria emitida por centro hospitalario.  <input type="checkbox"/> Informe médico que reconozca la práctica de la intervención quirúrgica.  <input type="checkbox"/> Informe médico que especifique la patología padecida.  <input type="checkbox"/> Informe médico que acredite el embarazo o la lactancia natural.  <input type="checkbox"/> Documentación que acredite otras contingencias.         </p>
<p>2.4 Lugar, fecha y firma.</p> <p>En _____ a _____ de _____ de _____</p> <p style="text-align: center;">firma</p> <p style="text-align: center;">Fdo. : _____</p>

A LA DELEGACIÓN TERRITORIAL DE EDUCACIÓN DE \_\_\_\_\_