D/Dª _____

Profesor/a de _____

Nº Registro Personal _____

DECLARO que me ausenté de mi puesto de trabajo

☐ Desde el día ___/___/_____ al día ___/___/_____

☐ El día ___/___/_____

☐ Durante ___ horas lectivas y ____ horas complementarias del día ___/___/_____

POR EL SIGUIENTE MOTIVO:

☐ **A.-** LICENCIAS por enfermedad de más de tres días de duración
☐ **B.-** LICENCIAS por matrimonio
☐ **C.-** LICENCIAS por riesgo en el embarazo
☐ **D.-** LICENCIAS por estudios
☐ **E.-** LICENCIAS por asuntos propios
☐ **F.-** Actividades de formación y perfeccionamiento
☐ **G.-** PERMISOS por maternidad/paternidad y adopción o acogida, así como lactancia, exámenes prenatales, preparación del parto y guarda legal
☐ **G.-** Motivos familiares: fallecimiento, accidente o enfermedad grave de familiares hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad
☐ **H.-** PERMISOS por traslado de domicilio. Funciones sindicales. Concurrencia a exámenes finales. Asistencia a Tribunales de Selección o Com. de Valoración.
☐ **I.-** Deber inexcusable de carácter público o personal
☐ **J.-** Asistencia a consulta médica del funcionario, por necesidades propias o de un familiar
☐ **K.-** Baja por enfermedad de uno a tres días
☐ **L.-** Otros motivos: huelga, dificultades metereológicas insuperables, accidentes,…

OBSERVACIONES: _____

_____

_____

Ciudad Rodrigo a ____ de _____ de _____

Vº Bº El/La Jefe/a de Estudios: El /la Profesor/a

_____

ALBA MONTERO CRUZ

IMPRIMIR