

**CONCEPTO:**  
**SOLICITUD DE LICENCIAS Y PERMISOS**

**1.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO**

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
CENTRO DE TRABAJO:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO: (preferentemente corporativo)			

**2.- MOTIVO DE LA SOLICITUD**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> VACACIONES ANUALES                           | <input type="radio"/> (*) DEBER INEXCUSABLE               |
| <input type="radio"/> LIBRE DISPOSICIÓN                            | <input type="radio"/> (*) REUNIONES                       |
| <input type="radio"/> (*) MATRIMONIO                               | <input type="radio"/> (*) FORMACIÓN                       |
| <input type="radio"/> (*) CONSULTA MÉDICA                          | <input type="radio"/> (*) ENFERMEDAD O ACCIDENTE SIN BAJA |
| <input type="radio"/> (*) ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE DE FAMILIAR | <input type="radio"/> (*) OTROS                           |
| <input type="radio"/> (*) FALLECIMIENTO DE FAMILIAR                |   |
| <input type="radio"/> (*) EXAMEN                                   |   |
| <input type="radio"/> (*) TRASLADO DE DOMICILIO                    |   |

COMENTARIOS Y/O DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA ANEXA:

DÍAS O PERÍODOS SOLICITADOS:

Total días solicitados:

**3.- OBSERVACIONES (SOBRE PERÍODOS SOLICITADOS Y/O SUSTITUCIÓN)**

**4.- CUMPLIMENTACIÓN OBLIGATORIA**

EL/LA SOLICITANTE	VºBº FAVORABLE DE JEFE DE SERVICIO / COORDINADOR / RESPONSABLE DE LA UNIDAD	DILIGENCIA PARA HACER CONSTAR QUE LAS NECESIDADES DEL SERVICIO QUEDAN CUBIERTAS. VºBº DE DIRECTOR/A DE LA DIVISIÓN A LA QUE PERTENECE EL/LA SOLICITANTE
	SUSTITUCIÓN: <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> NO	
Fdo: _____	Fdo: _____	Fdo: _____
Fecha: _____	Fecha _____	Fecha y sello _____

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**  
Avda. de Huelva, 8 - 06005 BADAJOZ