



R.H. 02

**SOLICITUD DE EXCEDENCIAS, PERMISOS  
Y LICENCIAS DE PERSONAL DOCENTE**

DATOS DEL SOLICITANTE			
APELLIDOS Y NOMBRE			D. N.I.
DOMICILIO		TELÉFONO	C.P. LOCALIDAD
Carrera <input type="checkbox"/>	Interino <input type="checkbox"/>	CUERPO Y ESPECIALIDAD	
Prácticas <input type="checkbox"/>	Religión <input type="checkbox"/>		
	Especialista <input type="checkbox"/>		
		CENTRO DE DESTINO	
MOTIVOS DE LA SOLICITUD (marcar con una x la casilla que interese)			
<input type="checkbox"/> Por fallecimiento, enfermedad grave, accidente u hospitalización incluida la cirugía mayor ambulatoria y de hospital de día: <input type="checkbox"/> En la misma localidad <input type="checkbox"/> 1 er grado <input type="checkbox"/> En distinta localidad <input type="checkbox"/> 2º grado <small>(A efectos del cómputo de estos permisos, se considerará el sábado como día inhábil y se tomará como localidad de referencia, la del centro de trabajo)</small>			
<input type="checkbox"/> Licencia para realizar estudios, formación e investigación: <input type="checkbox"/> Retribuidas <input type="checkbox"/> No retribuidas			
<input type="checkbox"/> Licencia de vacaciones anual (mes de agosto) no disfrutada. Desde..... Hasta.....			
<input type="checkbox"/> Permiso por paternidad (5 semanas desde el día de nacimiento, incluido) Desde ..... hasta .....			
<input type="checkbox"/> Permiso por adopción o acogimiento tanto preadoptivo como permanente o simple.			
<input type="checkbox"/> Permiso por realización exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto. En caso de adopción, asistencia a sesiones de información y preparación.			
<input type="checkbox"/> Permiso de ausencia por cuidado de cada hijo menor de doce meses (lactancia) Indicar nº de hijos..... <input type="checkbox"/> Acumulado todo el permiso de lactancia (máximo cuatro semanas) <input type="checkbox"/> Durante una hora diaria de ausencia. <small>(En la acumulación de lactancia, la prestación efectiva de servicios durante el periodo hasta que el causante cumpla los doce meses es presupuesto habilitante e indispensable para poder proceder al cálculo del mismo.)</small>			
<input type="checkbox"/> Por nacimiento de hijos prematuros (máximo 2 horas diarias, con retribuciones íntegras). <input type="checkbox"/> Reducción jornada (máximo 2 horas, con reducción proporcional de retribuciones)			
<input type="checkbox"/> Por hijos con discapacidad psíquica, física o sensorial (máximo 2 horas de flexibilidad horaria).			
<input type="checkbox"/> Por el cumplimiento de un deber inexcusable: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Personal			
<input type="checkbox"/> Para concurrir a exámenes finales, obligatorios, pruebas selectivas y demás pruebas definitivas de aptitud y evaluación en centros oficiales, por los días necesarios para su realización.			
<input type="checkbox"/> Licencia por matrimonio o inscripción en el Registro (Resolución Definitiva) como pareja de hecho (15 días naturales)			
<input type="checkbox"/> Por traslado de domicilio durante el periodo lectivo: <input type="checkbox"/> En la misma localidad <input type="checkbox"/> En distinta localidad			

EXCEDENCIA (art. 89 EBEP.- Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre):

Por cuidado de hijos o familiares

Otra (indicar motivo) .....

Licencia de asuntos propios.

(para los funcionarios de carrera, su duración acumulada no podrá exceder de tres meses por cada dos años; en el caso de funcionarios interinos de vacante, la duración máxima será de ocho días por cada curso escolar)

### **REDUCCIONES DE JORNADA**

#### **CON REDUCCIÓN PROPORCIONAL DE RETRIBUCIONES**

Por guarda legal (menor de doce años, persona mayor que requiera especial dedicación o a una persona discapacitada física, psíquica o sensorial dependiente que no desarrolle actividad retribuida o cuyas retribuciones sean inferiores al salario mínimo profesional)

Por provenir de proceso de recuperación de enfermedad (adjuntar informe médico)

Por ser funcionario mayor de 55 años

PORCENTAJE DE REDUCCIÓN  1/3  1/2

#### **SIN REDUCCIÓN PROPORCIONAL DE RETRIBUCIONES**

Hasta el 50% de la jornada laboral retribuida (máximo un mes) por atender familiar 1º grado en caso de enfermedad muy grave: Desde..... Hasta.....

PORCENTAJE DE REDUCCIÓN  1/3  1/2

Reducción a partir del 50% (hasta el 100%) por cuidado hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave (art. 49.e EBEP). (deberá acompañar informe médico y justificación de que el otro progenitor, adoptante, guardador con fines de adopción o acogedor de carácter permanente trabaja)

### **3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA**

De    A     
Día Mes Año Día Mes Año

### **4. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (EN SU CASO)**

DOCUMENTOS: 1. ....  
2. ....

LUGAR Y FECHA

FIRMA

### **5. INFORME DEL DIRECTOR DEL CENTRO Y/O LOS SERVICIOS TÉCNICOS DE LA CONSEJERÍA**

(Sólo para permisos potestativos: "Licencia de asuntos propios" y "Licencia para realizar estudios, formación e investigación")

(Lugar y fecha)

EL/LA

Fdo.:

### **6. INFORME INSPECCIÓN**