



Fecha:

ENTRADA

SALIDA

Nº.....

Nº.....

COMUNICADO DE AUSENCIA

DATOS DEL INTERESADO/A				
Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombre
DNI	PUESTO DE TRABAJO QUE DESEMPEÑA:		<input type="checkbox"/> TUTOR/A	<input type="checkbox"/> ESPECIALISTA
TIPO DE NOMBRAMIENTO		<input type="checkbox"/> EN PRÁCTICAS	<input type="checkbox"/> PERSONAL LABORAL	<input type="checkbox"/> INTERINO (SUSTITUCIÓN)

MOTIVO DE LA AUSENCIA		DOCUMENTACIÓN PRESENTADA
PERMISOS	<input type="checkbox"/> Por nacimiento, acogimiento o adopción de un hijo.	<input type="checkbox"/> Adjunto Documentación consistente en: Observaciones: <input type="checkbox"/> No Adjunto Documentación
	<input type="checkbox"/> Por fallecimiento, accidente o enfermedad grave familiar.	
	<input type="checkbox"/> Por traslado de domicilio sin cambio de residencia.	
	<input type="checkbox"/> Funciones sindicales.	
	<input type="checkbox"/> Actividades de perfeccionamiento.	
	<input type="checkbox"/> Exámenes finales.	
	<input type="checkbox"/> Exámenes prenatales y de preparación al parto.	
	<input type="checkbox"/> Lactancia.	
	<input type="checkbox"/> Guarda legal.	
	<input type="checkbox"/> Por enfermedad muy grave de un familiar 1 ^{er} grado.	
	<input type="checkbox"/> Deber inexcusable.	
	<input type="checkbox"/> Matrimonio.	
	<input type="checkbox"/> Maternidad y adopción o acogimiento.	
	<input type="checkbox"/> Curso relacionado con la docencia directa del funcionario fuera de la red de formación del M.E.C.D.	
<input type="checkbox"/> Visita médica		
LICENCIAS	<input type="checkbox"/> Baja por enfermedad de 1 a 3 días	<input type="checkbox"/> Justificante médico donde consta los días de enfermedad
	<input type="checkbox"/> Enfermedad duración superior a tres días.	<input type="checkbox"/> Parte de <i>baja</i> incapacidad temporal <input type="checkbox"/> Parte de <i>alta</i>
	<input type="checkbox"/> Estudios.	<input type="checkbox"/> Convocatoria
	<input type="checkbox"/> Licencia por asuntos propios.	
	<input type="checkbox"/> Licencia por riesgo durante el embarazo.	<input type="checkbox"/> Parte de <i>baja</i> incapacidad temporal <input type="checkbox"/> Parte de <i>alta</i>

Comunico a Vd. que no pude asistir al Centro durante los días y horas que a continuación relaciono:

DÍA AUSENCIA:			
HORAS FALTADAS	HORAS LECTIVAS		FECHA:
	HORAS COMPLEMENTARIAS DE OBLIGADA PERMANENCIA		
FECHA:			<p style="text-align: center;">Sello del centro</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: Antonio Jesús Campos Medina</p>
FIRMA INTERESADO/A:			