

SOLICITANTE	DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>

CATEGORÍA	DESTINO (indicar Centro de Trabajo, Unidad o Planta)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOLICITA: Le sea concedido permiso o licencia los días y meses que se indican, y por los motivos que se expresan:

DÍA/S (mes y año):	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

MOTIVO: (señalar con una cruz la casilla correspondiente)

<input type="checkbox"/>	ASUNTOS PARTICULARES MISMO AÑO Hasta 6 días por año natural, generándose un día por cada 61 días trabajados (1) (4)
<input type="checkbox"/>	ASUNTOS PARTICULARES AÑO ANTERIOR (disfrutables hasta el 15 de enero del año) (1)
<input type="checkbox"/>	DÍAS ADICIONALES DE LIBRE DISPOSICIÓN EN RAZÓN DEL CUMPLIMIENTO DE TRIENIOS del mismo año y del año anterior (disfrutables hasta el 15 de enero del año) (1) (2) Dos días al cumplir el sexto trienio / Un día más por cada trienio que se cumpla a partir del octavo.
<input type="checkbox"/>	CUIDADO DE UN FAMILIAR de primer grado: reducción de hasta un 50% de la jornada laboral, con carácter retribuido, por razones de enfermedad muy grave y por el plazo máximo de un mes. Si hubiera más de un titular de este derecho por el mismo hecho causante, el tiempo de disfrute de esta reducción se podrá prorratear entre los mismos, respetando, en todo caso, el plazo máximo de un mes. Aportar justificante *
<input type="checkbox"/>	CURSOS. Reuniones. Congresos. (Máximo 40 h. al año). Aportar justificante de la asistencia * (1)
<input type="checkbox"/>	DEBER relacionado con la CONCILIACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR y LABORAL (el tiempo indispensable). Aportar justificante del deber o de la asistencia. Incluye las visitas médicas propias y de familiares (menores, ancianos o discapacitados a su cargo) DEBER INEXCUSABLE de carácter público o personal (Aportar justificante del deber *)
<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD grave de un familiar (días consecutivos o no). Siempre que suceda hospitalización o pasada ésta se aporte certificado sobre la persistencia de la gravedad y necesidad de cuidados especiales en el domicilio. (Aportar justificante) (5) FALLECIMIENTO (días consecutivos) (Aportar justificante *)
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> 1er grado de consanguinidad o afinidad (cónyuge, hijos propios o del cónyuge, padres, suegros, nuera/yerno): hasta 3 días hábiles cuando el suceso se produzca en la misma localidad y hasta 5 días hábiles cuando sea en distinta localidad del lugar de trabajo y/o de residencia. Días hábiles: días que corresponda trabajar en cómputo de 7 horas. 2º grado de consanguinidad o afinidad (hermanos, nietos/abuelos propios o del cónyuge, cuñados –hermanos del cónyuge y cónyuge del hermano): hasta 2 días hábiles cuando se produzca en la misma localidad y hasta 4 días hábiles en distinta localidad del lugar de trabajo y/o residencia. Días hábiles: días que corresponda trabajar en cómputo de 7 horas.
<input type="checkbox"/>	AUSENCIA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE SIN IT. Máximo 4 días al año y solo 3 en días consecutivos. Aportar justificante*
<input type="checkbox"/>	EXÁMENES finales y demás pruebas definitivas de aptitud (el día de su celebración). Aportar justificante de la asistencia *
<input type="checkbox"/>	EXÁMENES PRENATALES y técnicas de preparación al parto para las trabajadoras embarazadas. Aportar justificante *
<input type="checkbox"/>	FUNCIONES SINDICALES o de representación del personal (en los términos establecidos legal o reglamentariamente).
<input type="checkbox"/>	GESTACIÓN. A partir del primer día de la semana 37 de embarazo y hasta la fecha del parto. En caso de gestación múltiple, podrá iniciarse el primer día de la semana 35 de embarazo. Aportar justificante *
<input type="checkbox"/>	MATRIMONIO o inscripción en el Registro de Uniones de Hecho: 15 días naturales consecutivos. Aportar justificante * (3)
<input type="checkbox"/>	Nacimiento de hijos prematuros o que por cualquier otra causa deban permanecer hospitalizados a continuación del parto: ausencia del trabajo un máximo de dos horas diarias, percibiendo las retribuciones íntegras. Aportar justificante *
<input type="checkbox"/>	PERMISO SIN SUELDO (mínimo 15 días naturales consecutivos y máximo acumulado 3 meses cada dos años): Deben acreditarse 3 años de servicios prestados. (1)
<input type="checkbox"/>	TRASLADO DE DOMICILIO: Un día. Aportar justificante *
<input type="checkbox"/>	VACACIONES reglamentarias (22 días hábiles) No se considerarán como hábiles los sábados, domingos y festivos. Disfrute ininterrumpido o, excepcionalmente, fraccionado. Fraccionamiento (supeditado a las necesidades del servicio y con la autorización de la persona responsable del Servicio o Unidad): 1.- Periodo vacacional ordinario (julio a septiembre): <u>en un solo periodo</u> , como regla general, <u>o en dos</u> (el menor de ellos no inferior a 7 días naturales). 2.- Hasta 5 días (de los 22 hábiles), en jornadas de 7 horas, fuera del periodo vacacional ordinario, de manera consecutiva o por separado, hasta 31 de diciembre del año en que se han generado.
<input type="checkbox"/>	DÍAS ADICIONALES DE VACACIONES POR RAZÓN DE ANTIGÜEDAD Un día a partir de quince años, incrementándose uno a los 20 años, otro a los 25, otro a los treinta.

OBSERVACIONES SOLICITANTE (indicar grado de parentesco en caso de fallecimiento / enfermedad)
<input type="text"/>

<p>(1) Concesión subordinada a la adecuada cobertura de las necesidades del servicio. (2) En caso de periodos de IT/permisos superiores a 4 meses, la parte proporcional. (3) A disfrutar en los 6 meses siguientes al hecho causante. (4) IT menor o igual a 4 meses no descuento. (5) Se equipara el parto a enfermedad grave. * Es imprescindible aportar el justificante; en caso de no aportarse, el permiso o licencia se entenderá disfrutado en concepto de vacaciones o libre disposición</p>	<p>Firma solicitante:</p> <p>Fecha solicitud:</p>
---	---

<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DESFAVORABLE <input type="checkbox"/> NECESITA SUSTITUCIÓN Responsable del Centro de trabajo, servicio, unidad	<input type="checkbox"/> AUTORIZAR el permiso <input type="checkbox"/> NO AUTORIZAR el permiso Fecha: Gerencia del Departament de Salu de Castelló
--	--

No se tramitarán las solicitudes que no estén cumplimentadas en TODOS sus campos.