

Apellidos y Nombre: _____
 D.N.I.: _____ Teléfono: _____
 Centro de Trabajo: _____ Unidad/Servicio: _____
 Categoría Profesional: _____ Turno: _____

TIPO DE PERSONAL

<input type="checkbox"/>	Estatutario Fijo	<input type="checkbox"/>	Estatutario Eventual	<input type="checkbox"/>	Funcionario
<input type="checkbox"/>	Estatutario Interino	<input type="checkbox"/>	Estatutario Sustituto	<input type="checkbox"/>	Laboral

TIPO DE PERMISO SOLICITADO

<input type="checkbox"/>	Vacaciones	<input type="checkbox"/>	Acompañamiento Menores y Personas Dependientes
<input type="checkbox"/>	Vacaciones Adic. por Antigüedad	<input type="checkbox"/>	Curso Selectivo / Periodo Prácticas
<input type="checkbox"/>	Libre Disposición	<input type="checkbox"/>	Exámenes Prenatales / Técnicas Preparacion Parto
<input type="checkbox"/>	Libre Disposición por Antigüedad	<input type="checkbox"/>	Participación Programas de Ayuda y Cooperación Humanitaria
<input type="checkbox"/>	Paternidad	<input type="checkbox"/>	Fallecimiento
<input type="checkbox"/>	Traslado de Domicilio	<input type="checkbox"/>	Accidente / Enfermedad Graves Familiares
<input type="checkbox"/>	Consulta Médica (PROPIA / FAMILIAR)	<input type="checkbox"/>	Exámenes / Pruebas Definitivas de Aptitud
<input type="checkbox"/>	Deber inexcusable / Conciliación	<input type="checkbox"/>	Formación:
<input type="checkbox"/>	Adopción Internacional	<input type="checkbox"/>	Otros:
<input type="checkbox"/>	Matrimonio / Pareja de Hecho		

PERIODO SOLICITADO

Inicio	Fin	Total Días

OBSERVACIONES

FIRMA DEL SOLICITANTE	Vº Bº FAVORABLE DEL JEFE/A DE SERVICIO, COORDINADOR/A O RESPONSABLE DE LA UNIDAD	Vº Bº DE LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE
	Diligencia para hacer constar que se ajusta a la normativa vigente SUSTITUCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diligencia para hacer constar que las necesidades del servicio quedan cubiertas Formación: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Fdo: _____ Fecha: _____	Fdo: _____ Fecha: _____	Fdo: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/>	Autorizado	Directora de RR.HH. del Área de Salud de Cáceres Fdo. María del Carmen Barroso Horrillo <i>(por delegación de firma del Gerente del Área de Salud de Cáceres de 02/12/2015)</i>
<input type="checkbox"/>	Autorizado pendiente de Justificación (*)	
<input type="checkbox"/>	Denegado	

Contra la presente Resolución, que no agota vía administrativa, podrá interponer recurso de alzada ante el Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud en el plazo de un mes a partir del día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación, de conformidad con los artículos 114 y 115 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y artículos 101 y 123 de la Ley 1/2002 de 28 de febrero, del Gobierno y la Administración de la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como cualquier otro recurso que se estime procedente.

(*) La eficacia de esta resolución queda demorada hasta la aportación de la documentación que acredite el derecho al permiso o la licencia solicitada