Fundación
Hospital Provincial
Castellón

SOLICITUD DE PERMISOS

NIF	1r APELLIDO	2º APELLIDO	NOMBRE
CATEGORÍA PROFESIONAL		SERVICIO:	

MOTIVO DE LA SOLICITUD

PERMISOS (marcar permiso solicitado)

- MATRIMONIO O UNIÓN DE HECHO: propio o familiar (indicar parentesco----------)
- PATERNIDAD/ADOPCIÓN/ACOGIMIENTO
- LACTANCIA (1 HORA-ACUMULADA)
- MUERTE DE UN FAMILIAR (Parentesco----------)
- ENFERMEDAD GRAVE DE UN FAMILIAR (Parentesco----------)
- INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE UNA FAMILIAR (Parentesco----------)
- CUMPLIMENTO DE DEBER INEXCUSABLE (Público o Personal)
- TRASLADO DE DOMICILIO
- ASISTENCIA A EXÁMENES
- PERMISO MÉDICO ASISTENCIAL propio o familiar (indicar parentesco----------)
- ENFERMEDAD COMÚN (días no justificados por comunicación de baja, expedido por facultativo competente)
- COMPENSACIÓN HORARIA
- VACACIONES
- ASUNTOS PROPIOS

PERIODO QUE SOLICITA:
De__ de _____de 202__a __ de _____ de 202_
De__ de _____de 202__ a __ de _____ de 202_**Total de días:**

LA GERENCIA FUNDACIÓN ■ AUTORIZA ■ DENIEGA Motivo: Fecha: Firma:Francisco Villegas Estévez Director Gerente	FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE Fecha: