



Consejería de Educación, Cultura y Deportes
 Servicios Periféricos en Toledo
 Avda. de Europa, 26 45071 Toledo
 Teléfono: 925 259 600

(sello de registro)

**SOLICITUD DE PERMISOS Y LICENCIAS
 FUNCIONARIOS DOCENTES**

APELLIDOS	NOMBRE	NIF	Fecha nacimiento
CUERPO O ESCALA:	ESPECIALIDAD	N.R.P.	

DESTINO ACTUAL:

C/ LOCALIDAD:	DOMICILIO HABITUAL: Nº	Teléfono fijo	Teléfono móvil
------------------	---------------------------	---------------	----------------

MOTIVO DE LA SOLICITUD *(marcar con una X la casilla que corresponda)*

Licencia por razón de **matrimonio**. *Art. 107.2 k) Ley 4/2011.*

Licencia por **asuntos propios**. (Adjuntar informe del Director)

Permiso por **paternidad**, (15 días naturales, ampliable en determinados supuestos) *Ley 9/2013*

Permiso por **fallecimiento** **accidente** **enfermedad grave** **hospitalización** o **intervención quirúrgica sin hospitalización que precise reposo domiciliario** de familiar. *Art. 107.2.a) Ley 4/2011*

1º Consanguinidad o Afinidad 2º Consanguinidad o Afinidad

Permiso por **lactancia acumulada de un mes** a continuación del permiso por parto. *Art.107.2.g) Ley 4/2011*

Permiso por **lactancia reducción horaria de una hora**.

Permiso por **acogimiento o adopción** (resolución administrativa o judicial). *Arts, 103 y 105 Ley 4/2011*

Otros (Indicar)

PERÍODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA (Ambas fechas incluidas)

FECHA DEL HECHO CAUSANTE

INDICAR LA DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA *(necesaria en todos los casos)*

.....

.....

Lugar y fecha	Firma del solicitante
---------------	-----------------------

El presente permiso está supeditado a su posterior justificación mediante el correspondiente documento a este Servicio de Personal