

**AYUNTAMIENTO DE ALBOX**

**AREA RECURSOS HUMANOS Y EMPLEO**

**LICENCIA RETRIBUIDA**

**DATOS DEL TRABAJADOR/A:**

* **NOMBRE Y APELLIDOS:**
* **DNI:**
* **PUESTO DE TRABAJO/ÁREA:**

**SOLICITA LICENCIA RETRIBUIDA POR:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Fallecimiento/Accidente familiar primer grado * Fallecimiento/Accidente familiar segundo grado * Enfermedad grave familiar primer grado * Enfermedad grave familiar segundo grado * Traslado domicilio * Concurrir exámenes y/o pruebas aptitud * Permiso lactancia acumulado * Deber inexcusable * Consulta/ cita médica: * OTROS: * Asuntos Propios | * Reducción 50% cuidado familiar 1º grado * Funciones sindicales * Examen Prenatal y/o preparación parto * Guarda legal o cuidado menor * Lactancia hijo o hija menor 12 meses * Nacimiento con necesidad de hospital |
| * Formación y/o perfeccionamiento. * Reuniones Técnicas   -Gastos asociados: |
| \*Se adjunta la siguiente Documentación: | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** | **Horario** | **Justificación** | **Firma y cargo persona responsable** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Fdo.:** |

**\*Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*Firma:**

**A/A SRA. ALCALDESA-PRESIDENTA DEL AYUNTAMIENTO DE ALBOX.**