

  **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.**