|  |  |
| --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRE |  |
| D.N.I |  | CATEGORÍA DOCENTE |  |
| DEPARTAMENTO |  | ÁREA |  |
| TELÉFONOS |  | CORREO ELECTRÓNICO |  |

|  |
| --- |
| **MOTIVOS DE LA SOLICITUD** **Marque con una X la casilla que corresponda****Se deben presentar justificantes acreditativos del motivo de su petición, excepto el apartado K y N** |

|  |
| --- |
| **PERMISOS GENERALES** |
| **[ ]**  | a. | Por fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar***Indicar en observaciones relación de parentesco***  |
| **[ ]**  | b. | Por traslado de domicilio sin cambio de residencia |
| **[ ]**  | c. | Para realizar funciones sindicales o de representación del personal |
| **[ ]**  | d. | Para concurrir a exámenes finales y demás pruebas definitivas de aptitud |
| **[ ]**  | e. | Para la realización de exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto |
| **[ ]**  | f. | Por lactancia de un hijo/a menor de doce meses |
| **[ ]**  | g. | Por nacimiento de hijos/as prematuros/as |
| **[ ]**  | h. | Por razones de guarda legal |
| **[ ]**  | i. | Por ser preciso atender el cuidado de un familiar de primer grado |
| **[ ]**  | j. | Por tiempo indispensable para el cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal |
| **[ ]**  | k. | Por asuntos particulares |
| **[ ]**  | l. | Por matrimonio |
| **[ ]**  | m | Licencias hasta 7 días en territorio nacional |
| **[ ]**  | n | 2 días inhábiles a efectos laborales  |

|  |
| --- |
| **PERMISOS POR CONCILIACIÓN** |
| **[ ]**  | a. | Por nacimiento |
| **[ ]**  | b. | Por adopción, guarda o acogimiento |
| **[ ]**  | c. | Del progenitor diferente de la madre biológica |
| **[ ]**  | d. | Por razón de violencia de género sobre la mujer |
| **[ ]**  | e. | Por cuidado de hijo menor afectado de cáncer |
| **[ ]**  | f. | Para hacer efectivo el derecho a la protección |

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]**  | Otros |

|  |
| --- |
| **VACACIONES** |
| **[ ]**  | Cambio de Vacaciones  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PERIODO DE TIEMPO SOLICITADO** | **OBSERVACIONES** |
| Dea |  |

|  |
| --- |
| **Indicar la docencia a impartir y las obligaciones académicas previstas durante el periodo de permiso** |
|  |
| **Indicar el profesorado sustituto o el sistema de recuperación** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORME DE LA DIRECCIÓN MÉDICA****(Sólo para el profesorado con plaza vinculada)** | **QUIEN SOLICITA** | **INFORME DE LA DIRECCIÓN DEL DEPARTAMENTO** |
| **[ ]  VºBº**  | En | **,**a | de | de **20** | **[ ]  VºBº [ ] Autorizar permiso [ ]  Denegar permiso**  |
| En       | ,a   | de  | de 20 |  | En | **,**a | de | de **20** |
|  |  |
|  |  |  |
| **Fdo.:**       | **Fdo.:**       | **Fdo.:**       |

|  |
| --- |
| **RESOLUCIÓN** |
| Vista la presente solicitud y el informe que se acompaña a la misma, este Vicerrectorado ha resuelto: **Autorizar el permiso****OBSERVACIONES** |
|  |
| En Oviedo | , a       de       | de 20      |
| EL RECTOR, P.D.(Resolución de 28 de marzo de 2023, BOPA de 11 de abril)El Vicerrector de Políticas de ProfesoradoFdo.: Pedro Alonso Velázquez |