

IMPRESO II
SOLICITUD POR PERMISO
MATERNIDAD/PATERNIDAD/ACUMULACIÓN LACTANCIA
Personal docente

A) DATOS PETICIONARIO/A

D.N.I.	0																		
Apellido 1°											Puesto								
Apellido 2°											Centro docente								
Nombre											Localidad								
Cuerpo											Provincia								
DATOS DOMICILIO PARTICULAR	Calle/pza.																		
	Localidad																		
	C. postal																		
	Teléfono																		

FECHA INICIACIÓN DEL PERMISO	Día	Mes	Año

JORNADA A REALIZAR	COMPLETA			A TIEMPO PARCIAL		Tipo de porcentaje	
--------------------	----------	--	--	------------------	--	--------------------	--

SUPUESTO	PARTO	ADOPCIÓN	ACOGIMIENTO	NÚMERO (nacidos/adoptados)

A LOS EFECTOS DE LO PREVISTO EN LA LEGISLACIÓN VIGENTE, DECLARA QUE SE OPTA POR QUE EL PADRE/MADRE DISFRUTE DE FORMA ININTERRUMPIDA DE [] SEMANAS POSTERIORES A LA FECHA DEL PARTO, ADOPCIÓN...

SEÑÁLENSE EN EL CASO DE SOLICITAR LA ACUMULACIÓN DEL PERMISO DE LACTANCIA POR UNA LICENCIA RETRIBUIDA DE CUATRO SEMANAS DE DURACIÓN []

SE ADJUNTA CERTIFICADO DE LA EMPRESA DE LA MADRE EXPRESANDO EL PERÍODO DEL PERMISO QUE TIENE AUTORIZADO Y DECLARACIÓN JURADA DE LA MADRE CEDIENDO EL PERMISO.

(fecha y firma solicitante)

Informe del Director del centro

<p>DATOS DEL PROFESOR DE BAJA</p> <p>Número de horas lectivas a la semana con alumnos [] horas</p> <p>Cargo o función que desempeña.....</p> <p>Número de horas lectivas de reducción por cargo [] horas</p> <p>Cuerpo.....Especialidad:.....</p> <p>Ordinario [] Itinerante []</p> <p>Jornada completa [] Jornada parcial [] dehoras</p> <p>Materias que imparte:</p>	<p>Existe profesorado del mismo Cuerpo y Especialidad a tiempo parcial:</p> <p>Si: [] No: []</p> <p>En caso afirmativo, acepta la ampliación de jornada derivada de esta baja</p> <p>Si: [] No: []</p> <p>Por tanto, se propone la ampliación de jornada a D / Dña.</p> <p>.....</p> <p>OBSERVACIONES</p> <p>Fecha y firma Director/a</p> <p>Fdo.</p>
--	---

Informe de Inspección Educativa

<p>ESTUDIADA LA PLANTILLA TOTAL DEL CENTRO SE PROPONE</p> <p>[] SU SUSTITUCIÓN DADA LA IMPOSIBILIDAD DE QUE EL ALUMNADO RECIBA SUS CLASES POR MEDIO DE OTRO PROFESORADO</p> <p>Número de horas lectivas que deben sustituirse [] horas</p> <p>Jornada completa [] Jornada parcial []</p> <p>Cuerpo.....Especialidad:.....</p> <p>Ordinario [] Itinerante []</p> <p>Perfil / observaciones.....</p> <p>[] NO SE PRECISA SUSTITUCIÓN AL SER POSIBLE LA ATENCIÓN DEL ALUMNADO POR MEDIO DE OTRO PROFESORADO</p>	<p>OBSERVACIONES:</p> <p>Fecha y firma del Inspector del Centro</p> <p>Fdo:.....</p>
---	--

RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR DEL SERVICIO PROVINCIAL

<p>Vistos los informes que anteceden, se ordena</p> <p>[]- CONCEDER EL PERMISO SOLICITADO</p> <p>[]- NO CONCEDER la reducción de jornada solicitada</p>	<p>[] – Iniciar el trámite para su sustitución</p> <p>[] – No iniciar el trámite para su sustitución</p> <p>Huesca</p> <p>El Director del Servicio Provincial</p> <p>Fdo:</p>
---	---