

SOLICITUD DE PERMISO SIN SUELDO

D. _____, con D.N.I. _____
domicilio en _____ provincia _____ código postal _____
C/. _____
con la categoría de _____ y adscrito al
Servicio de _____.

EXPONE:

Que, en virtud de lo dispuesto en los Estatutos de Personal Facultativo (Art. 45), Sanitario No Facultativo (Art. 111) y No Sanitario (Art. 43.3) del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y concurriendo el siguiente MOTIVO _____

SOLICITA:

Que previos los trámites oportunos, le sea concedido un Permiso sin sueldo de _____ de duración (máximo 3 meses cada año).

Fecha de Inicio _____ **Fecha Finalización** _____

En Albacete, a _____ de _____ de 2.00__

Firmado: _____

NOTA IMPORTANTE: Las solicitudes de renuncia a los permisos, una vez concedidos habrán de efectuarse con 7 días hábiles para los que no superen un mes y 15 días hábiles para los que lo superen.

SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.

INFORME DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO: _____

Es preciso realizar sustitución

No es preciso sustitución
(Señalar con una cruz)

Fdo.: _____

En Albacete, a _____ de _____ de 2.0__

AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE:

Fdo.: El Director / Subdirector _____

RESOLUCIÓN:

Se aprueba la concesión del permiso sin sueldo solicitado

Se desestima la concesión del permiso sin sueldo solicitado

Motivo de denegación

EL DIRECTOR GERENTE:

Fdo.: Jesús Martino Sánchez Martínez.

Albacete, a _____ de _____ de 2.0__