



**PARTE DE JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA AL PUESTO DE TRABAJO**

DATOS PERSONALES DEL/DE LA EMPLEADO/A PÚBLICO/A			
Nº R. P./ DNI	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
CUERPO	ESPECIALIDAD	PRIMER DÍA DE AUSENCIA	ÚLTIMO DÍA DE AUSENCIA

PERÍODOS/HORAS FALTADOS/AS (marcar y completar los datos en caso necesario)			
DÍA COMPLETO			
DÍA INCOMPLETO. DESDE LAS	HORAS A LAS	HORAS	
HORAS DE CÓMPUTO MENSUAL (EVALUACIONES, CLAUSTROS, C.E., etc.):		HORAS	

**MOTIVO DE LA AUSENCIA (Marcar con una X la casilla correspondiente)**

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>L2</b>	<b>Justificado por el propio docente</b> , en el caso de indisposición por enfermedad leve de 1 a 3 días y no haber acudido a consulta médica.
-------------------------------------	-----------	--

<input type="checkbox"/>	<b>L1</b>	Licencia por asuntos propios (*)
<input type="checkbox"/>	<b>P1</b>	Permiso por traslado de domicilio
<input type="checkbox"/>	<b>P3</b>	Permiso retribuido por asistencia a actividades de formación permanente
<input type="checkbox"/>	<b>P5</b>	Permiso por razón de violencia de género
<input type="checkbox"/>	<b>P7</b>	Permiso por fallecimiento, accidente o enfermedad grave, hospitalización de un familiar(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P9</b>	Permiso por exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto.
<input type="checkbox"/>	<b>P11</b>	Permiso por nacimiento para la madre biológica(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P13</b>	Permiso por adopción, por guarda con fines de adopción o acogimiento(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P15</b>	Permiso sustitutivo de lactancia(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P17</b>	Permiso por riesgo en el embarazo o durante la lactancia(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P19</b>	Permiso de reducción horaria por cuidado de familiares en primer grado con enfermedad muy grave(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P21</b>	Permiso por cuidado de hijo menor afectado por cáncer u otra enfermedad grave(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P23</b>	Permiso para realizar funciones sindicales por acumulación horaria(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P25</b>	Permiso para realizar funciones sindicales. Licencia a tiempo total(*)

<input type="checkbox"/>	<b>L2</b>	Licencia por enfermedad no superior a tres días
<input type="checkbox"/>	<b>P2</b>	Permiso para concurrir a exámenes finales y demás pruebas definitivas de aptitud (*)
<input type="checkbox"/>	<b>P4</b>	Permiso para el cumplimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal (*)
<input type="checkbox"/>	<b>P6</b>	Permiso por matrimonio o pareja de hecho(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P8</b>	Permiso por ser víctima de terrorismo(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P10</b>	Permisos retribuidos para las docentes en estado de gestación(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P12</b>	Permiso por progenitor diferente de la madre biológica, por nacimiento(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P14</b>	Permiso por lactancia de un hijo menor de 12 meses(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P16</b>	Permiso de ausencia por nacimiento de hijos prematuros u hospitalizados tras el parto
<input type="checkbox"/>	<b>P18</b>	Permiso de ausencia del trabajo para la conciliación de la vida familiar y laboral
<input type="checkbox"/>	<b>P20</b>	Flexibilización horaria para la conciliación de la vida familiar
<input type="checkbox"/>	<b>P22</b>	Permiso de reducción por razones de guarda legal(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P24</b>	Permiso para realizar funciones sindicales. Licencia a tiempo parcial(*)
<input type="checkbox"/>	<b>P26</b>	Permiso para realizar funciones sindicales como liberados institucionales(*)

Todos estos motivos deben ser solicitados o justificados documentalmente, de acuerdo con la legislación recogida en el reverso de este documento, excepto en el caso de ausencia por enfermedad leve (L2) que podrá justificarse sin documento hasta un máximo de 6 ocasiones durante el curso.

\* Se requiere, además, solicitud de permiso a la Dirección General.

En Cartagena, a                      de                      de 202

(Firma digital)



## DECLARACIÓN PERSONAL DEL/LA FUNCIONARIO/A JUSTIFICATIVA DE LA NECESIDAD DE ACUDIR A VISITA MÉDICA EN HORARIO DE TRABAJO

D./D<sup>a</sup>.  
de Cartagena, con DNI:

profesor/a del IES Ben Arabí

### DECLARA

- Que el día        de        de 202        ,tuvo que asistir a consulta médica, dentro de su horario de trabajo por no disponer de dicha asistencia fuera del mismo, por enfermedad o por revisión de enfermedad crónica o por pruebas médico-diagnósticas.
- Que el día        de        de 202        ,tuvo que asistir a consulta médica dentro de su horario de trabajo, aún cuando existía la posibilidad de ser atendido/a fuera del mismo, dado que la urgencia de la situación ha hecho inaplazable dicha consulta.
- Que, solicitada la consignación de la hora de llegada y salida a la clínica/ facultativo, ésta no aparece en el justificante:
- Hora de llegada:
- Hora de salida:

Observaciones:

Cartagena, a        de        de 202

(Firma digital)

