

MODELO SOLICITUD PERMISO SIN SUELDO

1.- DATOS DEL INTERESADO.		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
D.N.I.	TLF.	CATEGORÍA PROFESIONAL
CENTRO DE TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO	

Desde el ____ de ____ de ____

Hasta el ____ de ____ de ____

4.- MOTIVO.

Fdo:

a.....de.....de 20.....

Firma del solicitante

La solicitud debe venir autorizada por su medio intermedio

- ☐ FAVORABLE
- ☐ DESFAVORABLE

Motivo

PRECISA SUSTITUCIÓN

- ☐ Si
- ☐ No

EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD

Fdo:

En, a de de

A/A DIRECTOR GERENTE DISTRITO SANITARIO MÁLAGA -GUADALHORCE