



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo
Servicio Andaluz de Salud



MODELO SOLICITUD

PERMISO DE 4 SEMANAS ADICIONALES POR MATERNIDAD O PATERNIDAD

D./D^a _____, con DNI
nº _____, categoría profesional _____,
centro de trabajo _____, teléfono
de contacto _____ y correo electrónico _____

EXPONE

Que el próximo día ____ de _____ de _____, finaliza el permiso por maternidad de 16 de semanas que venía disfrutando, y por la presente

SOLICITA

De conformidad con lo establecido en el art.16.1 b) del Manual sobre permisos, licencias y vacaciones del personal de Centros e Instituciones Sanitarias del Servicio Andaluz de Salud, aprobado por la Resolución 0006/21, de 8 de febrero de 2021, de la Dirección General de Personal :

-Permiso adicional de 4 semanas por maternidad o paternidad.

En Málaga, a _____, de _____ de _____

Fdo.: _____

A/A DIRECTOR GERENTE DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-VALLE DEL GUADALHORCE