



**ANEXO I
PERSONAL FUNCIONARIO Y PERSONAL LABORAL**

AUSENCIA DE 1 A 3 DÍAS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

- SOLICITUD DE JUSTIFICACIÓN Y RESOLUCIÓN -

Datos del interesado

Apellido 1º:		Apellido 2º:	
Nombre:		NIF/NIE:	

Datos de la ausencia

Fecha de inicio:		Hora de inicio: (cuando sea distinta de su hora de salida)	
Fecha de reincorporación:		Hora de reincorporación: (cuando sea distinta de su hora de entrada)	
Horas lectivas: (sólo para personal docente)		Horas complementarias: (sólo para personal docente)	

Documentación justificativa a aportar según proceda

<input type="checkbox"/>	Ausencia por enfermedad: Documento, expedido por el facultativo de Muface o de la Seguridad Social, justificante médico o parte de I.T. indicativo de la(s) fecha(s) en que no ha podido acudir al trabajo por encontrarse enfermo.
<input type="checkbox"/>	Ausencia por consulta médica o pruebas diagnósticas: Documento expedido por el facultativo de Muface o de la Seguridad Social, indicativo de la(s) fecha(s) y hora(s) de cita y de salida.
<input type="checkbox"/>	Ausencia por circunstancias excepcionales (100% de las retribuciones): Documento expedido por el facultativo de Muface o de la Seguridad Social que acredite dichas circunstancias.

Información adicional

--

El abajo firmante declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud y que reúne los requisitos establecidos en el procedimiento correspondiente.

En, a de de

Recibí	(cumplimentar sólo en la copia que se queda el interesado)
Fecha:	El,
Fdo.:	

FIRMA DEL INTERESADO

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación del tratamiento.

DESTINATARIO	DIRECTOR/A DEL
---------------------	-----------------------

Resolución de la Dirección del Centro

El Director/a del Centro considera que:	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Procede reconocer como justificada esta ausencia o retraso conforme a la normativa vigente
En caso de resolución de denegación:	
- MOTIVACIÓN (PRECEPTIVA):	
<input type="checkbox"/>	No se ha aportado documentación justificativa
<input type="checkbox"/>	La documentación aportada no es adecuada o suficiente
- ACCIONES EFECTUADAS (PRECEPTIVAS):	
Este acto ha sido comunicado a la Dirección del Área Territorial correspondiente y, simultáneamente, notificado al interesado	
En, a de de	
EL TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS, P.D. (Resolución de 14/06/2010): EL DIRECTOR/A DEL CENTRO,	
Fdo.: (nombre y apellidos de quien firma)	