

- EXCEDENCIA**
- VOLUNTARIA
  - VOLUNTARIA POR INCOMPATIBILIDAD
  - VOLUNTARIA PARA CUIDADO DE HIJOS
  - VOLUNTARIA POR CUIDADO GERIÁTRICO
  - FORZOSA

**SOLICITUD**

P  
E  
R  
S  
O  
N  
A  
L  
L  
A  
B  
O  
R  
A  
L  
000124

<b>1</b>	<b>DATOS DEL/DE LA INTERESADO/A</b>			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE
D.N.I.	DOMICILIO: CALLE, PLAZA O AVENIDA			Nº
LOCALIDAD		CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO DE CONTACTO
GRUPO PROFESIONAL	CATEGORÍA	FIJO <input type="checkbox"/>	TEMPORAL <input type="checkbox"/>	ANTIGÜEDAD ..... Años ..... Meses ..... Días
PUESTO DE TRABAJO QUE OCUPA EN LA ACTUALIDAD (EN CASO DE INCOMPATIBILIDAD AL QUE DEJA VACANTE)				CÓDIGO
CENTRO DE TRABAJO		CENTRO DIRECTIVO	ÓRGANO DEL QUE DEPENDE EL CENTRO DE TRABAJO	

<b>2</b>	<b>PRECISIONES AL TIPO DE EXCEDENCIA SOLICITADA</b>
<b>EXCEDENCIA POR INCOMPATIBILIDAD</b> ESPECIFICAR PUESTO DE TRABAJO AL QUE SE OPTA ..... (APORTAR DOCUMENTOS)	
<b>EXCEDENCIA POR CUIDADO DE HIJOS</b> ESPECIFICAR FECHA NACIMIENTO HIJO/A ..... (APORTAR DOCUMENTOS)	
<b>EXCEDENCIA PARA CUIDADO GERIÁTRICO</b> ESPECIFICAR: NOMBRE ..... PARENTESCO ..... EDAD [ ][ ][ ] ..... LIMITACIÓN DEL SUJETO CAUSANTE ..... (APORTAR DOCUMENTOS)	
<b>EXCEDENCIA FORZOSA</b> ESPECIFICAR MOTIVO ..... (APORTAR DOCUMENTOS)	
<b>PERÍODO DE TIEMPO QUE SOLICITA</b> .....	

<b>3</b>	<b>SOLICITUD , LUGAR, FECHA, Y FIRMA</b>
SOLICITA le sea concedida la excedencia señalada.  En ..... a ..... de ..... de .....	
Fdo.: .....	

ILMO/A. SR/A. ....