**SOLICITUDE DE PERMISO, LICENZA OU VACACIÓNS**

|  |  |
| --- | --- |
| D/Dª: | DNI: |
|  Funcionario |  Laboral |

Que de conformidade coa Lei 2/2015, do 29 de abril, do emprego público de Galicia, o V Convenio Colectivo Único para persoal labroal , a Lei 7/2007 do Estatuto Básico do Empregado e a Lei 2/2007 do Traballo en Igualdade das Mulleres de Galicia, solicita o seguinte:

|  |  |
| --- | --- |
| CONCEPTOS: | DATAS: |
| Enfermidade (máximo 3 días). |  |
| Violencia de xénero sobre a muller. |  |
| Vacacións. |  |
| Tratamentos de fecundación asistida. |  |
| Traslado domicilio (unidade familiar =un membro). |  |
| Traslado domicilio (unidade familiar >=dous membros). |  |
| Sen xustificación. |  |
| Reducción xornada por interés particular. |  |
| Paternidade. |  |
| Matrimonio. |  |
| Maternidade. |  |
| Licenza por estudos. |  |
| Licenza por enfermidade (baixa). |  |
| Licenza por asuntos propios sen retribución. |  |
| Lactancia fillo menor de 12 meses. |  |
| Lactancia (por días). |  |
| Hospitalización de fillos posterior ao parto. |  |
| Garda legal menor de 12 anos/maior dependente. |  |
| Funcións sindicais. |  |
| Falecemento, accidente, enfermidade (2º grao, =localidade). |  |
| Falecemento, accidente, enfermidade(2º grao, ≠ localidade). |  |
| Falecemento, accidente, enfermidade (1º grao, = localidade). |  |
| Falecemento, accidente, enfermidade (1º grao, ≠ localidade). |  |
| Exames prenatais e técnicas de preparación ao parto para funcionarias. |  |
| Exames finais e demás probas definitivas de aptitude. |  |
| Deber inexcusable/Conciliación vida familiar e laboral. |  |
| Coidado de parella ou familiar de 1º grao. |  |
| Coidado de fillo/a menor afectado por enfermidade grave. |  |
| Campañas electorais. |  |
| Asuntos persoais sen xustificación. |  |
| Ausencia xustificada polo tempo necesario |  |
| Asistencia ao médico. |  |
| Adopción ou acollemento. |  |
| Acompañamento do cónxuxe/parella a tratamentos de fecundación ou  exames prenatais. |  |
| Acompañamento a revisións médicas de fillos/as maiores a cargo. |  |
| Accidente, enfermidade moi grave de parella ou familiar 1º grao. |  |

, de de . O/a interesado/a INFORMO

A secretaria

Vista a solicitude formulada, as necesidades do servizo e as razón alegadas.  AUTORÍZASE DENÉGASE. A directora.