Limpiar formulario | Imprimir

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Solicitud
Ausencia / Días de Libre Disposición

S

Modelo S-01

Datos del Solicitante

D./Dª. | N.I.F.

Cuerpo/Categoría

Destino (Centro/Servicio/Unidad) Facultad de Odontología

Departamento/Sección Dptal.

Datos del Permiso que solicita

☐ **No asistir al trabajo**

- ☐ Asuntos particulares
- ☐ Libre disposición
- ☐ Puente
- ☐ Traslado de domicilio
- ☐ Enfermedad
- ☐ Examen oficial
- ☐ Hospitalización/Intervención quirúrgica de familiar
- ☐ Accidente/enfermedad grave familiar — Parentesco
- ☐ Fallecimiento familiar — Localidad
- ☐ Otro motivo

El/los días: a

☐ **Ausentarse del trabajo**

- ☐ Consulta médica del trabajador
- ☐ Consulta médica de familiar — Parentesco
- ☐ Curso de formación
- ☐ Funciones sindicales
- ☐ Deber inexcusable de carácter público o personal
- ☐ Otro motivo

El/los días: a

Horario de ausencia de : hasta : Horas

Firma de la Solicitud

Madrid, a

El/La interesado/a:

Autoriza

Jefe/a del Servicio/Gerente

Madrid, a

Firmado: Josefa Fontecilla Castillo

Enterado/a

Responsable inmediato superior

Madrid, a

Firmado:

SR/A JEFE DEL SERVICIO/GERENTE

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Control de Presencia", cuya finalidad es el control de presencia horaria del personal de administración y servicios de la U.C.M. El órgano responsable del fichero es Gerencia General y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la Avda. de Séneca, 2 -28040-Madrid, de todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Imprimir | Limpiar formulario