



**F 20**

**SERVICIOS PERIFERICOS EDUCACION, CULTURA Y DEPORTES DE TOLEDO**  
**DOCENTE EN CENTROS DE ENSEÑANZA NO UNIVERSITARIA**  
**SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD O MATERNIDAD**

**1.- DATOS DEL FUNCIONARIO/A**

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I.	FECHA NACIMIENTO
DOMICILIO	LOCALIDAD		TELEFONO
CUERPO O ESCALA	ESPECIALIDAD	Nº DE REGISTRO PERSONAL	

**2.- DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO**

SERVICIOS PERIFERICOS DE EDUCACION, CULTURA Y DEPORTES DE TOLEDO	
CENTRO DE DESTINO	LOCALIDAD

**3.- MOTIVO DE LA SOLICITUD**

SUPUESTO CONTEMPLADOS EN LA LEY ARTICULO DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO  
(marcar con una X)

LICENCIA POR ENFERMEDAD (art. 69)

PRORROGA DE LA LICENCIA (art. 69)

LICENCIA POR EMBARAZO (art. 71)

**4.- RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (en su caso)**

Documento... nº 1 \_\_\_\_\_

Documento... nº 2 \_\_\_\_\_

Documento... nº 3 \_\_\_\_\_

Documento... nº 4 \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE
Toledo a, ___ de _____ de 201 _	

## 5.- INFORME DEL INSPECTOR MEDICO

Vista la solicitud de licencia presentada por el interesado/a sobre:

EMBARAZO

ENFERMEDAD

CODIGO

El Inspector Médico considerando las causas alegadas

INFORMA:

Favorablemente

Desfavorablemente

Motivos del informe desfavorable

## 6,. PERIODO DE TIEMPO QUE PROPONE

De:  día  mes  año

A:  día  mes  año

Duración  días

**LUGAR Y FECHA**

**FIRMA**

Toledo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

El Inspector Médico

Fdo.: Dr. L. Jacinto García Gómez