

**SOLICITUD DE PERMISOS , DÍAS DE LIBRE DISPOSICIÓN,  
VACACIONES Y OTRAS AUSENCIAS**

**Nombre y apellidos<sup>1</sup>:** .....

**D.N.I.:** ..... **Cargo o Puesto:** ..... **Departamento / Unidad:** .....

**Día / Mes / Año solicitado<sup>2</sup>:** Día ..... /20 ..... Turno ..... Día ..... / ..... /20 3 Turno .....

**Vacaciones (30 días/año)** Del día ..... al día ..... TOTAL .....

**Vacaciones (30 días/año)** Del día ..... al Día ..... TOTAL .....

**Motivo:**

**Días de libre disposición:** Total días: .....

**Consulta Médico Especialista**

Hora salida: ..... Hora Regreso: ..... Tiempo total: .....

**Licencias convenio**

Total días: .....  Nacimiento hijo/a  Fallecimiento / Accidente / Enfermedad grave / Intervención quirúrgica

Matrimonio  Traslado domicilio habitual

Total horas: .....  Examen prenatal  Preparación al parto

Examen Centros Oficiales  Deber Inexcusable carácter público

**Cambio de turno en domingo o festivo:**

1º Día ..... Turno ..... x Día ..... Turno .....

2º Día ..... Turno ..... x Día ..... Turno .....

**Cubrirá mi puesto:**

1º Día ..... Turno ..... Compañera .....

2º Día ..... Turno ..... Compañera .....

**Otras salidas.** Especificar: .....

Valladolid a ..... de ..... de 20 .....

.....  
El/la solicitante

.....  
Otras firmas (Compañero/a)

Fdo. ....

Fdo. ....

.....  
Autorización Dpto. Gestión de Personas

.....  
Vº Bueno Coordinador / Dirección

Fdo. ....

Fdo. ....

<sup>1</sup> De acuerdo a lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15 / 1999 se le informa que los datos de este formulario se incorporarán a un fichero cuyo responsable es el Centro Hospitalario Benito Menni. La finalidad del mismo es atender su solicitud, pudiendo ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a los datos personales registrados ante el Departamento de Recursos Humanos del centro. Con su firma usted otorga su consentimiento para llevar a cabo el citado tratamiento.

<sup>2</sup> Especificar día o período de ausencia y horario utilizado (cuando la ausencia no corresponda a toda la jornada).

**SOLICITUD DE PERMISOS , DÍAS DE LIBRE DISPOSICIÓN,  
VACACIONES Y OTRAS AUSENCIAS**

**SOLICITUD VOLUNTARIA DE RECUPERACIÓN DE TIEMPO DE TRABAJO**

D./Dña. \_\_\_\_\_ con categoría de \_\_\_\_\_

solicita la recuperación voluntaria de tiempo de \_\_\_\_\_ horas correspondiente al día \_\_\_\_\_

para la inclusión en el sistema de absentismo correspondiente a los incentivos anuales.

\_\_\_\_\_ La trabajadora \_\_\_\_\_ El responsable

Fdo. \_\_\_\_\_ Fdo. \_\_\_\_\_

La trabajadora recupera el tiempo el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en el turno de \_\_\_\_\_

en la Unidad de \_\_\_\_\_

**Observaciones**

Firmado el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ La trabajadora \_\_\_\_\_ El responsable

Fdo. \_\_\_\_\_ Fdo. \_\_\_\_\_