

CENTRO:

LOCALIDAD:

**COMUNICACIÓN DE AUSENCIA o RETRASO**

**DATOS DEL FUNCIONARIO/A**

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ D.N.I. (con letra) \_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

DECLARA: Que su  **AUSENCIA** o  **RETRASO** Indicar tiempo de retraso: \_\_\_\_\_

El día o días: \_\_\_\_\_ Del mes de: \_\_\_\_\_

Ha sido motivada por la causa que se señala a continuación (marcar con una X):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad.                             | <input type="checkbox"/> Candidato en elecciones.  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de corta duración.                        | <input type="checkbox"/> Ejercicio del derecho a votar.  |
| <input type="checkbox"/> Indisposición durante jornada laboral                | <input type="checkbox"/> Huelga.   |
| <input type="checkbox"/> Licencia por matrimonio.                             | <input type="checkbox"/> Concurrir a exámenes finales.   |
| <input type="checkbox"/> Licencia por asuntos propios (sin retribución).      | <input type="checkbox"/> <b>Otros (especificar causas en la parte inferior)</b>                      |
| <input type="checkbox"/> Licencia por estudios.                               | <input type="checkbox"/> Reducción de jornada por interés particular con reducción de retribuciones. |
| <input type="checkbox"/> Maternidad   | <input type="checkbox"/> Deber inexcusable de carácter público o personal.                           |
| <input type="checkbox"/> Adopción y acogimiento.                              | <input type="checkbox"/> Actividades de formación.   |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento/muerte/enfermedad grave de un familiar.   | <input type="checkbox"/> Sesiones de preparación al parto.   |
| <input type="checkbox"/> Reducción por guardia legal.                         | <input type="checkbox"/> Funcionarias víctimas de violencia de género                                |
| <input type="checkbox"/> Reducción por lactancia (hijo menor de nueve meses). | <input type="checkbox"/> Funciones sindicales  |
| <input type="checkbox"/> Traslado de domicilio.                               |  |

Especificación de las causas del apartado **Otros**:

- \*Visita médica de carácter personal (DECLARACIÓN JURADA)
- \*Acompañar a una visita médica a un familiar directo (DECLARACIÓN JURADA): \_\_\_\_\_
- Asistir a técnicas diagnósticas o de rehabilitación
- A especificar: \_\_\_\_\_

Lo que ha supuesto una ausencia o retraso de: (poner días y/o tiempos totales)

Núm. de días  Núm. horas lectivas:  Núm. horas complementarias:

**DECLARACIÓN RESPONSABLE (INSTRUCCIÓN 2016)**

**ANEXO I AUSENCIA DE UN DÍA POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE NO DA LUGAR A INCAPACIDAD TEMPORAL.-**

Declaro que durante la jornada laboral no he podido asistir al trabajo por:

- ENCONTRARME ENFERMO  HABER TENIDO UN ACCIDENTE

**ANEXO II AUSENCIA PARCIAL POR INDISPOSICIÓN DURANTE LA JORNADA**

Declaro que durante la jornada laboral me he tenido que ausentar por:

- ENCONTRARME ENFERMO  HABER TENIDO UN ACCIDENTE

**DECLARACIÓN JUSTIFICATIVA (Resolución de 08/05/2012)**

Declaro que:

- No he tenido posibilidad de concertar la visita médica fuera del horario de trabajo por las razones que expongo más abajo.
- No ha sido posible el acompañamiento a la visita médica por otra persona por las razones que expongo más abajo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_ .  
Firma del profesor/a: