



**Datos del Solicitante**

D./D<sup>a</sup>. N.I.F.  
 Cuerpo/Categoría Teléfono  
 Centro  
 Departamento  
 Correo electrónico UCM a efectos de comunicaciones y trámites

**Datos del Permiso que Solicita**      La ausencia afecta a la actividad docente y requiere sustitución:      Si      No

**No asistir al trabajo**

Libre disposición  
 Traslado de domicilio  
 Enfermedad  
 Examen oficial  
 Matrimonio / registro pareja de hecho  
 Accidente/enfermedad grave familiar/hospitalización/intervención quir.      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 / conciliación vida familiar y laboral  
 Examen prenatal / técnicas prep. parto / sesiones adopción  
 Actos preparatorios donación órganos o tejidos  
 Otro motivo

El/los días: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Horario de ausencia de \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ horas

**Firma de la solicitud**

Madrid, a fecha de firma electrónica El/La interesado/a:

Adjunto documentación justificativa (excepto libre disposición)

**Autoriza**

Director/a del Departamento Madrid, a fecha de firma electrónica  Firmado:	Cargo superior (*) Madrid, a fecha de firma electrónica  Firmado: (*) En el caso de que se desempeñe cargo académico que conlleve exención docente
---	--