



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

SOLICITUD DE PERMISOS Y LICENCIAS

NOMBRE _____

CATEGORIA _____

PERSONAL FUNCIONARIO DE CARRERA

PERSONAL FUNCIONARIO INTERINO _____

PERSONAL LABORAL FIJO _____

PERSONAL LABORAL TEMPORAL _____

DESTINO EN FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA

DEPARTAMENT DE CIRURGIA

SOLICITO QUE EN LAS FECHAS DE _____ ME SEA CONCEDIDO UN
PERMISO DE ____DIAS RETRIBUIDOS POR:

ASUNTOS PROPIOS CORRESPONDIENTE A DE 202_

EXAMENES FINALES _____ APORTA JUSTIFICANTE: SI NO

TRASLADO DE DOMICILIO _____ APORTA JUSTIFICANTE: SI NO

ENFERMEDAD GRAVE FAMILIAR ____ APORTA JUSTIFICANTE: SI NO

LICENCIA POR MATRIMONIO _____

NACIMIENTO DE UN HIJO _____

OTROS (VACACIONES) APORTA JUSTIFICANTE: SI NO

MOTIVOS

Valencia, de de 202

La persona interesada,

Cap d'Unitat del Dept. de Cirurgia

ADMINISTRADORA DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA DE
VALENCIA