



F.17.R

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue:

CONCESIÓN / INICIO
FINALIZACIÓN
ANULACIÓN

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	NRP:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			
CUERPO O ESCALA:			
GRUPO/SUBGRUPO:	<input type="checkbox"/>	ESPECIALIDAD:	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:			
MODALIDAD:			
GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO:			

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
MINISTERIO / ORG. / ENTE:	
PROVINCIA:	<input type="checkbox"/>
PROV. RESIDENCIA:	<input type="checkbox"/>
COMPLEMENTO ESPECÍFICO:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD:	<input type="checkbox"/>
LOC. RESIDENCIA:	<input type="checkbox"/>
NIVEL:	<input type="checkbox"/>

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT:	<input type="checkbox"/>
PERIODO:	DE <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>
FECHA DE INICIO DEL 4º MES DE BAJA	DE <input type="checkbox"/>
FECHA CUMPLIMIENTO 18º MES DE LICENCIA E.	<input type="checkbox"/>
RÉGIMEN DE PREVISIÓN:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:	
FECHA	<input type="checkbox"/>

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN	<input type="checkbox"/>
MOTIVO:	

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Lugar y fecha

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.: