

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

SOLICITUD DE PERMISO POR TRASLADO DE DOMICILIO

PERSONAL LABORAL

1. SOLICITANTE

Ape.1	Ape.2	Nombre	D.N.I.
Correo Electrónico		Tlf. fijo	Tlf. móvil
Puesto de trabajo		Unidad	
Categoría, Grupo Profesional		NIP (Nº de Identificación Profesional)	
Localidad		Provincia	

2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

PERMISO POR TRASLADO DE DOMICILIO
Plazo de presentación de la solicitud: 15 días

3. PERIODO POR EL QUE LO SOLICITA

De a

Utilice el calendario desplegable para su cumplimentación.

4. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA

Todas las solicitudes deben ir acompañadas de su justificante correspondiente, y se deberán presentar con la antelación prevista en el apartado 2, en el caso de que estos plazos no se cumplan NO se garantiza la resolución (concesión / denegación) del permiso o licencia para la fecha solicitada.

Documento: 1. _____
2. _____

Firma del Responsable

Firma del solicitante. lugar y fecha

En _____, a ___ de _____ del ____

Sus datos serán tratados por Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A., S.M.E. para la gestión de su solicitud en los términos y condiciones expuestos en la Política de Protección de datos de empleados que puede ser consultada en CONECTA /INICIO/PERSONAS/INFORMACIÓN PERMISOS Y LICENCIAS/UTILIDADES/POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS EMPLEADO.

RESPONSABLE DE UNIDAD