

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

## SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

1. SOLICITANTE						
Apellido 1		Apellido 2		Nombre		D.N.I.
NIP (1)	Nº. Registro de Personal (funcionarios)		Calle			
Número	Piso	Letra	Código postal	Localidad		
Provincia		Correo Electrónico			Tlf. fijo	
Tlf. móvil	Puesto de trabajo		Unidad			
2. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE LO SOLICITA (2)						
De	<input type="text"/>		a	<input type="text"/>		
3. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA						
<input type="checkbox"/> Parte de baja (3) <input type="checkbox"/> Informe médico de Ratificación (4) <input type="checkbox"/> Justificante médico que acredite circunstancia excepcional (Acuerdo plurianual 2018-2020) <input type="checkbox"/> Otros documentos. Indicar cuál _____						
(En caso de que la documentación indicada contuviera información médica, deberá entregarse en sobre cerrado confidencial. Dicho sobre, será abierto por personal sanitario).						
Lugar y fecha			Firma del <b>propio</b> solicitante			
En _____ a, ____ de _____ de ____						
4. A CUMPLIMENTAR POR LA UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS/SERVICIOS MÉDICOS						
<input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad	<input type="checkbox"/> Prórroga de la licencia					
<b>Número de licencia</b>	<b>Número de prórroga</b>					
5. A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DE LA UNIDAD						
<b>Vista la presente solicitud, esta Jefatura solicita</b>						
<input type="checkbox"/> Revisión médica inmediata	<input type="checkbox"/> Revisión médica periódica					
Fdo _____						
Responsable de Unidad de _____						

DECLARO: Bajo mi responsabilidad, que son ciertos los datos que consigno en la presente solicitud, que suscribo para que se me reconozca el permiso, manifestando que quedo enterado/a de la obligación de comunicar a la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos S.A. S.M.E. cualquier variación de los mismos que pueda producirse.

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.

**JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE** \_\_\_\_\_ Indicar Zona o Provincia

**SUBDIRECTOR DE G. O. y DESARROLLO DE PERSONAS** (Para el personal del Centro Directivo)

- Número de identificación profesional.
- Las solicitudes de licencia se solicitarán como máximo para un periodo de quince días naturales.
- Tanto el parte inicial como los de confirmación se expiden por un máximo de quince días naturales.
- Se entregarán dos copias, ejemplar para el órgano de personal y el ejemplar que el órgano de personal debe enviar a Muface.
- Intervención quirúrgica (tratamientos incluidos en la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud o en su caso, en las carteras de servicios elaborados por las Comunidades Autónomas) u hospitalización, tratamientos de radioterapia o quimioterapia y análogos, así como los que tengan inicio durante el estado de gestación.