



UNIVERSIDAD

UN

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:	__
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:			__
MODALIDAD:			__

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:		_____
UNIVERSIDAD:		_____
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:		_____
ÁREA DE CONOCIMIENTO:		_____
DEPARTAMENTO:		_____
DEDICACIÓN:		_____
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:		_____
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:		_____
PROGRAMA DE GASTOS:		
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO:	NIVEL _____

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT:		_____
PERIODO	DE _____	A _____
FECHA DE INICIO DEL 4º MES DE BAJA	DE _____	A _____
FECHA CUMPLIMIENTO 18º MES DE LICENCIA E.		_____
RÉGIMEN DE PREVISIÓN:		
DISPOSICIÓN APLICADA:		

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

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:	
FECHA	_____

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

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN	_____
MOTIVO:	

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha:
El / La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.: