



**Datos del Solicitante**

D./D<sup>a</sup>. N.I.F.  
Cuerpo/Categoría Teléfono  
Centro  
Departamento  
Correo electrónico UCM a efectos de comunicaciones y trámites

**Datos del Permiso que Solicita**

<b>No asistir al trabajo</b>	Asuntos particulares	Libre disposición	La ausencia no afecta a la actividad docente
		Puente	
	Traslado de domicilio		
	Enfermedad		
	Examen oficial		
	Hospitalización/Intervención quirúrgica de familiar		Parentesco
	Accidente/enfermedad grave familiar		
	Fallecimiento familiar	Localidad	
	Otro motivo		
	El/los días:		a

<b>Ausentarse del trabajo</b>	Consulta médica del trabajador			
	Consulta médica de familiar		Parentesco	
	Curso de formación			
	Funciones sindicales			
	Deber inexcusable de carácter público o personal			
	Otro motivo			
	El/los días:		a	
Horario de ausencia de	:	hasta	:	horas

**Firma de la solicitud**

Madrid, a El/La interesado/a:  
Adjunto documentación justificativa (excepto asuntos particulares)

**Autoriza**

El/La Decano/a	Vº Bº Director/a del Departamento
Madrid, a	Madrid, a

Firmado: Firmado: