



SOLICITUD DE VACACIONES

A DATOS DE LA SOLICITUD

Apellidos		Nombre	DNI
<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Interino	Cuerpo	
Centro de Trabajo		Población	

B PERIODO

DESDE	<input type="text"/>	HASTA	<input type="text"/>
DESDE	<input type="text"/>	HASTA	<input type="text"/>
DESDE	<input type="text"/>	HASTA	<input type="text"/>
DESDE	<input type="text"/>	HASTA	<input type="text"/>

C A CUMPLIMENTAR POR LA DIRECCIÓN GENERAL DE JUSTICIA

DIAS SOLICITADOS	<input type="text"/>
DIAS DISFRUTADOS	<input type="text"/>
RESTA	<input type="text"/>

El Solicitante FECHA: Firma:	SE INFORMA RESPECTO A LAS VACACIONES SOLICITADAS LO SIGUIENTE <input type="checkbox"/> NO AFECTA A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> SI AFECTA A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO
--	---

REGISTRO DE ENTRADA	FECHA	EL SECRETARIO O RESPONSABLE FUNCIONAL
---------------------	-------	---------------------------------------

MODIFICACION DE LA PARTE FIJA DEL HORARIO

A			DATOS DE LA SOLICITUD		
Apellidos		Nombre		DNI	
<input type="checkbox"/> Funcionario		<input type="checkbox"/> Interino		Cuerpo	
Centro de Trabajo			Población		
<p>SOLICITA: Modificar la parte fija del horario para atender las necesidades de conciliación de la vida familiar y laboral, y el incremento correspondiente de la parte flexible hasta completar la jornada diaria establecida.</p>					
<p>SITUACION:</p> <p>A) <input type="checkbox"/> Art. 8.6. Padres, madres o tutores legales que tengan algún hijo con discapacidad psíquica, física o sensorial para conciliar los horarios de los centros de Educación Especial.</p> <p>B) <input type="checkbox"/> Art. 8.12. Padres, madres o tutores legales de hijos menores de 12 años.</p>					
DOCUMENTACIÓN APORTADA: VER AL DORSO					
<p>DECLARA: Que el otro progenitor o tutor tiene concedida o solicitada la modificación horaria por hijo.</p>			<input type="checkbox"/> NO <u>NOMBRE Y APELLIDOS</u> <input type="checkbox"/> SI		
<p>LA PERSONA INFERESADA FIRMA</p>			<p>EL SECRETARIO JUDICIAL/DIRECTOR IML/FISCAL JEFE en el que el solicitante presta sus servicios, enterado de la presente solicitud:</p> <p><input type="checkbox"/> Nada opone a su solicitud</p> <p><input type="checkbox"/> Se opone a su autorización, alegando razones extraordinarias derivadas de la prestación del servicio que aconsejen denegar la misma, total o parcialmente. (En este caso, remitirá vía fax al 942.208799 escrito razonado y motivado.</p> <p>Firma y sello</p>		
B					
RESOLUCION					
<p>Vista la solicitud presentada por el interesado, esta Dirección General, haciendo uso de las competencias atribuidas por el apartado segundo número 2b), de la Resolución de 17 de julio de 2008, de la Dirección General de Justicia</p>					
<p>RESUELVE <input type="checkbox"/> AUTORIZAR <input type="checkbox"/> NO AUTORIZAR La modificación horaria</p>					
<p>En todo caso, la disminución de la parte fija del horario no podrá exceder de <input type="checkbox"/> 1 HORA <input type="checkbox"/> 2 HORAS</p>					
<p>La presente autorización, de carácter excepcional, personal y temporal, será efectiva hasta nueva comunicación del funcionario afectado, cambio de órgano judicial y, como máximo, hasta que desaparezca la situación familiar que la motiva. En el caso de la situación A), la presente autorización tendrá vigencia hasta que el hijo menor nacido el día _____ cumpla 12 años.</p>					
<p>EN SANTANDER, A _____</p>			<p>EL DIRECTOR GENERAL DE JUSTICIA</p>		

C	MOTIVO DE LA NO AUTORIZACION
D	RECURSOS QUE PROCEDAN CONTRA LA RESOLUCIÓN
<p>Contra esta resolución podrá interponer recurso de alzada ante el Consejero de presidencia y Justicia, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a aquel en que tenga lugar la notificación</p>	
E	NOTIFICACION
<p>Se ha recibido la notificación de esta resolución</p>	

DOCUMENTACION	
SITUACION A)	<ul style="list-style-type: none"> - Fotocopia compulsada del libro de familia. - Certificado del grado de minusvalía expedido por órgano competente.
SITUACION B)	<ul style="list-style-type: none"> - Certificado del Centro de Educación Especial. - Fotocopia compulsada del libro de familia.

SOLICITUD DE LICENCIAS DE JORNADAS

A	DATOS DE LA SOLICITUD		
Apellidos		Nombre	DNI
<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Interino	Cuerpo	
Centro de Trabajo		Población	
B	MOTIVO DE LA SOLICITUD		
LICENCIAS			
LICENCIAS CON RETRIBUCION			
1. <input type="checkbox"/> Licencia por matrimonio. (24)			
2. <input type="checkbox"/> Licencia por para asistir a cursos de formación y perfeccionamiento profesional.(25)			
3. <input type="checkbox"/> Licencia por enfermedad.(28)			
4. <input type="checkbox"/> Licencia extraordinaria por ser nombrado funcionario en prácticas.(27)			
5. <input type="checkbox"/> Licencia por por riesgo durante el embarazo y lactancia.(29)			
LICENCIAS SIN RETRIBUCION			
5. <input type="checkbox"/> Licencia por asuntos propios.(26)			
PERIODO			
DESDE _____ HASTA _____.			
C	OBSERVACIONES Y DOCUMENTACION JUSTIFICATIVA ANEXA		
El Solicitante		SE INFORMA FAVORABLEMENTE LA LICENCIA SOLICITADA QUE NO AFECTA A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO.	
FECHA:	FECHA _____ EL SECRETARIO O RESPONSABLE FUNCIONAL		
Firma:			
REGISTRO DE ENTRADA		Informe negativo o más completo en documento adjunto	

SOLICITUD DE REDUCCIONES DE JORNADAS

A	DATOS DE LA SOLICITUD		
Apellidos		Nombre	DNI
<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Interino	Cuerpo	
Centro de Trabajo		Población	
B	MOTIVO DE LA SOLICITUD		
REDUCCIONES DE JORNADA			
1. <input type="checkbox"/> Guarda legal de un familiar entre 1/3 y 1/2 de la misma. (Art 8.4). 2. <input type="checkbox"/> Reducción de jornada de un 50% por atención de familiar en 1º grado. (art. 8.5.). 3. <input type="checkbox"/> Reducción de jornada para protección de funcionarias víctimas de la violencia sobre la mujer (art. 8.6). 4. <input type="checkbox"/> Reducción de jornada de funcionario al que le falte menos de 5 años para cumplir la edad de jubilación forzosa (art 8.10). 5. <input type="checkbox"/> Reducción de jornada por recuperación, por razón de enfermedad (art. 8.11).			
PERIODO			
DESDE _____ HASTA _____.			
C	OBSERVACIONES Y DOCUMENTACION JUSTIFICATIVA ANEXA		
El Solicitante FECHA: Firma: REGISTRO DE ENTRADA		SE INFORMA FAVORABLEMENTE LA LICENCIA SOLICITADA QUE NO AFECTA A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO FECHA EL SECRETARIO O RESPONSABLE FUNCIONAL Informe negativo o más completo en documento adjunto	

SOLICITUD DE PERMISOS

A DATOS DE LA SOLICITUD		
Apellidos	Nombre	DNI
<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Interino	Cuerpo
Centro de Trabajo	Población	
B MOTIVO DE LA SOLICITUD		
1. <input type="checkbox"/> Permiso para asuntos particulares.(12) 2. <input type="checkbox"/> Permiso por fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar.(13) 3. <input type="checkbox"/> Permiso por parto.(14) 4. <input type="checkbox"/> Permiso por adopción o acogimiento.(15) 5. <input type="checkbox"/> Permiso por paternidad.(16) 6. <input type="checkbox"/> Permiso por traslado de domicilio habitual.(18) 7. <input type="checkbox"/> Permiso para concurrir a exámenes o pruebas selectivas.(19) 8. <input type="checkbox"/> Permiso para el cumplimiento de deberes inexcusables.(20) 9. <input type="checkbox"/> Permiso para la realización de funciones sindicales o de representación del personal.(21) 10. <input type="checkbox"/> Permiso por campaña electoral.(22) 11. <input type="checkbox"/> Permiso por exámenes prenatales y técnicas de preparación al parto y de reproducción asistida (8.1). 12. <input type="checkbox"/> Permiso por parto prematuro (8.2). 13. <input type="checkbox"/> Permiso por ausencia de 1 hora por hijo menor de doce meses (8.3). 14. <input type="checkbox"/> Permiso por lactancia (8.3). 15. <input type="checkbox"/> Permiso por reuniones de coordinación del centro de educación especial o apoyo en el ámbito sanitario de hijo discapacitado (8.7). 16. <input type="checkbox"/> Permiso para acompañar familiar a consulta médica (8.8).		
PERIODO DESDE _____ HASTA _____.		
C OBSERVACIONES Y DOCUMENTACION JUSTIFICATIVA ANEXA		
El Solicitante FECHA: Firma: REGISTRO DE ENTRADA	SE INFORMA FAVORABLEMENTE LA LICENCIA SOLICITADA QUE NO AFECTA A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO . FECHA EL SECRETARIO O RESPONSABLE FUNCIONAL Informe negativo o más completo en documento adjunto	