

SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CATEGORÍA	UNIDAD DE DESTINO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN		MUNICIPIO Y PROVINCIA
<input type="text"/>		<input type="text"/>
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO POSTAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DECLARACIÓN

La persona firmante DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD haberse ausentado del trabajo por razón de CITA MÉDICA el siguiente día:		
DÍA DE AUSENCIA (dd/mm/aaaa):	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> JORNADA COMPLETA	<input type="checkbox"/> JORNADA PARCIAL :	- HORA SALIDA: <input type="text"/>
		- HORA REGRESO: <input type="text"/>

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

<input type="checkbox"/> Justificante médico que deberá indicar el día y la hora, firmado por algún responsable del centro sanitario.
<input type="checkbox"/> Otros (indicar):
<input type="text"/>

FECHA Y FIRMA

Bargas, a <input type="text"/> de <input type="text"/> de 20 <input type="text"/>		
<input type="text"/>		
FIRMA		
Vº Bº	CONFORME	AUTORIZADO
JEFE/A DEL ÁREA	CONCEJAL/A DELEG. DE ÁREA	CONCEJAL/A DE PERSONAL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FIRMA	FIRMA	FIRMA

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE: AYUNTAMIENTO DE BARGAS, Plaza de la Constitución, 1. 45593 Bargas (Toledo).
FINALIDAD: Gestión administrativa.
LEGITIMACIÓN: Ejercicio de poderes públicos.
DESTINATARIOS: No se cederán datos a terceros, salvo obligación legal.
DERECHOS: El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, oposición y limitación del tratamiento de datos personales se realizará ante el Ayuntamiento de Bargas.

MÁS INFORMACIÓN: Puede consultarla en la sede electrónica: <https://www.bargas.es/politica-de-privacidad/>

Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Bargas