



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>JE-001-01-FA</b> | <b>DECLARACIÓN DE FALTAS DE ASISTENCIA DEL PROFESORADO</b>               |
|                     | <b>Permisos retribuidos. Orden de 10 de julio de 2006 (BOA de 21/07)</b> |

PROFESOR/A: \_\_\_\_\_

FECHAS DE LA AUSENCIA: \_\_\_\_\_

COMPUTO DE HORAS FALTADAS (*Marcar con una cruz las que correspondan*):

| Día | Horas lectivas |    |    |    |    |    |
|-----|----------------|----|----|----|----|----|
|     | 1ª             | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
| 1º  |                |    |    |    |    |    |
| 2º  |                |    |    |    |    |    |
| 3º  |                |    |    |    |    |    |

| Día | Horas complementarias |    |    |    |    |    |
|-----|-----------------------|----|----|----|----|----|
|     | 1ª                    | 2ª | 3ª | 4ª | 5ª | 6ª |
| 1º  |                       |    |    |    |    |    |
| 2º  |                       |    |    |    |    |    |
| 3º  |                       |    |    |    |    |    |

CÓMPUTO TOTAL DE HORAS (*Indicar*):

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Nº TOTAL DE HORAS LECTIVAS        |  |
| Nº TOTAL DE HORAS COMPLEMENTARIAS |  |

MOTIVO DE LA AUSENCIA

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Enfermedad grave o intervención quirúrgica de familiares de hasta segundo grado.       |
| <input type="checkbox"/> | Fallecimiento de un familiar hasta segundo grado                                       |
| <input type="checkbox"/> | Divorcio, separación o nulidad   |
| <input type="checkbox"/> | Traslado de domicilio  |
| <input type="checkbox"/> | Asistencia a cursos de selección o formación   |
| <input type="checkbox"/> | Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter público o personal                    |
| <input type="checkbox"/> | Boda de pariente de hasta tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad   |
| <input type="checkbox"/> | Acompañamiento al médico de hijos menores o mayores y familiares de hasta primer grado |
| <input type="checkbox"/> | Baja por enfermedad de uno a tres días   |
| <input type="checkbox"/> | Visita médica  |
| <input type="checkbox"/> | Funciones sindicales o de representación   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Otros no recogidos en este impreso (especificar):</b>                               |

DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS QUE SE ACOMPAÑAN \_\_\_\_\_

Zaragoza, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Conforme

Firma del interesado/a.

EL DIRECTOR