XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE

SERVIZO GALEGO de SAÚDE | Xerencia de Xestión Integrada A Coruña

SOLICITUDE DE PERMISO REMUNERADO

POR ACCIDENTE OU ENFERMIDADE MOI GRAVE

D./ Dna:. _____ Nº.TRABALLADOR: _____

DIRECCIÓN: _____ SERVIZO: _____

UNIDADE: _____ CATEGORÍA: _____

Solita permiso nas seguintes datas: _____

Causa/motivo: _____

A Coruña, de do

(sinatura do interesado)

Conforme

O XEFE DO SERVIZO/ UNIDADE OU SUPERVISOR

O DIRECTOR

Concedido

O DIRECTOR XERENTE

www.galiciasaude.es
Tel. 981 178 000
Xubias de Arriba, 84
15006 A Coruña