



SOLICITUDE DE PERMISO NON REMUNERADO

DURACIÓN DO PERMISO

☐ MES OU INFERIOR

☐ MAIS DUN MES

D./ D^a con DNI

e categoría profesional

que presta os seus servizos na Área Sanitaria de Coruña e Cee,

Solicita que lle sexa concedido un permiso sen soldo nas seguintes datas:

Data de inicio

Data de fin

Motivado por

A Coruña, a

INTERESADO

Asinado

XEFE DE SERVIZO / SUPERVISOR

Asinado

O DIRECTOR

Asinado

CONCEDIDO:

O DIRECTOR XERENTE

Asinado