

## SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD

### 1. SOLICITANTE

Apellidos			Nombre			D.N.I.		
Calle		Nº	Piso	Letra	Código Postal	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil
Cuerpo, Escala				Grupo		Nº Registro de Personal (Funcionarios)		
Puesto de trabajo				Unidad				
Localidad						Provincia		

### 2. MOTIVO DE LA SOLICITUD

Supuestos contemplados en Ley articulada de Funcionarios Civiles del Estado (marcar con X la casilla que interese)

Licencia por enfermedad (Art. 69)

Prórroga de la licencia (Art. 69)

Numero de licencia

Número de prórroga

### 3. PERIODO DE TIEMPO POR EL QUE SE SOLICITA

De        
Día Mes Año

a        
Día Mes Año

### 4. RELACION DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA EN SU CASO

Documento: 1.....  
 2.....  
 3.....  
 4.....  
 5.....

Lugar y fecha

Firma del solicitante

**\* Todas las solicitudes deben ir acompañadas de su justificante correspondiente.**

\* El solicitante autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en esta solicitud queden incorporados a la base de datos de Gestión de Recursos Humanos, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos. El solicitante, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal: Vía Dublin, 7, 28070 Madrid.

**JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE \_\_\_\_\_** (Indicar Zona o Provincia)

**SUBDIRECTOR DE GESTIÓN DE PERSONAL \_\_\_\_\_** (Solo para el personal del Centro Directivo)