

ANEXO: JUSTIFICACIÓN DE AUSENCIAS DEL PERSONAL DOCENTE AL CENTRO DE TRABAJO

POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE SIN PARTE DE BAJA MÉDICA

DATOS PERSONALES

| | | | |
|-----------|--------------------|--------------------------|-----------|
| 1. DNI | 2. Primer apellido | 3. Segundo apellido | 4. Nombre |
| 5. N.R.P. | | 6. Teléfonos de contacto | |
| | | | |

DATOS PROFESIONALES

| | | |
|----------------------|------------|------------------|
| 7. Centro de Destino | | 8. Localidad |
| 9. Provincia | 10. Cuerpo | |
| 11. Especialidad | | 12. Departamento |
| | | |

Comunica, para su conocimiento y efectos oportunos, que los días no pudo asistir a clase por enfermedad/accidente sin parte de baja médica.

- Documentación médica aportada:

En..... a de de 20....

Fdo:

Informe del Director/a del Centro

En aplicación del apartado tercero de la Instrucción de 18 de enero de 2019 (BOA 05/02/2019), de la Dirección General de la Función Pública y Calidad de los Servicios y de la Instrucción de 1 de marzo de 2019 de la Dirección General de Personal y Formación del Profesorado, por las que se aprobaron criterios de gestión en materia de incapacidad temporal tras la entrada en vigor del Decreto Ley 2/2019; esta Dirección considera que la ausencia de D/Dña.....está:

- Justificada..... (Remitir a la Sección de Personal del Servicio Provincial correspondiente)
- No justificada..... (Remitir a la Inspección de Educación del Servicio Provincial correspondiente)

En a de de 20....

Fdo:

Notificado al Servicio Provincial (en el plazo de tres días). Se adjunta una copia en el parte mensual de ausencias