

## COMUNICACIÓN DE AUSENCIAS Y RETRASOS DEL PROFESORADO

(\*) Una comunicación por cada período de ausencia

D./Dña \_\_\_\_\_ con D.N.I. \_\_\_\_\_ y N.R.P. \_\_\_\_\_  
perteneciente al cuerpo de \_\_\_\_\_ con destino en el centro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la localidad \_\_\_\_\_

Comunico que, durante los días y las horas que a continuación se indican, no asistí a las clases y actividades de obligada permanencia en el centro que figuran en mi horario personal. Adjunto los justificantes correspondientes a dichas faltas y retrasos.

Fechas	Horario de ausencia (Desde/ Hasta)	Tipo de actividades (Tipo de horas)			Profesor/a que ha realizado la sustitución <small>(A cumplimentar por el Jefe/a de estudios)</small>
		Docencia directa	Reducción por cargos	Horas Complementarias	

Por los motivos que se citan a continuación:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de más de tres días de duración.   | <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hijo.                           |
| <input type="checkbox"/> Prórroga licencia por enfermedad              | <input type="checkbox"/> Reducción de jornada por guarda legal.           |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio                                    | <input type="checkbox"/> Exámenes prenatales o preparación del parte.     |
| <input type="checkbox"/> Embarazo                                      | <input type="checkbox"/> Exámenes y pruebas en centros oficiales.         |
| <input type="checkbox"/> Riesgos de embarazo                           | <input type="checkbox"/> Funciones sindicales o de representación.        |
| <input type="checkbox"/> Estudios                                      | <input type="checkbox"/> Traslado de domicilio.                           |
| <input type="checkbox"/> Asuntos propios.                              | <input type="checkbox"/> Asistencia a tribunales de selección/valoración. |
| <input type="checkbox"/> Actividades de formación y perfeccionamiento. | <input type="checkbox"/> Cumplimiento de deber inexcusable.               |
| <input type="checkbox"/> Cuidado hijo menor de 9 meses.                | <input type="checkbox"/> Visita médica.                                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de familiar hasta 2º grado.        | <input type="checkbox"/> Baja por enfermedad de 1 a 3 días.               |
| <input type="checkbox"/> Maternidad/Paternidad o adopción /acogida     | <input type="checkbox"/> Otros motivos                                    |
| <input type="checkbox"/> Muerte de familiar hasta 2º grado.            | <input type="checkbox"/> Participación en huelga.                         |

Para su justificación, aporta los siguientes documentos:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

El/la profesor/a

Fdo:

Recibida la comunicación	Valoración de la justificación	
Fecha:	JUSTIFICADA	NO JUSTIFICADA
El/La Jefe/a de estudios	El/la Director/a	El/la Director/a
Fdo:	Fdo:	Fdo: