

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: