



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha

Servicios Periféricos de _____

SOLICITUD DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD O EMBARAZO

F.20

1. DATOS DEL FUNCIONARIO			
APELLIDOS		NOMBRE	D.N.I.
CUERPO, ESCALA O PLAZA		GRUPO	Nº DE REGISTRO PERSONAL
DOMICILIO	TLF:	LOCALIDAD	
ESPECIALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
DESTINO ACTUAL			

2. MOTIVOS DE LA SOLICITUD
Supuestos contemplados en la Ley de Funcionarios del Estado y en la Circular D.G. de Personal de CLM de 7/4/05: Licencia por Enfermedad. (Art. 69) Prórroga de licencia. (Art. 69) Licencia maternal o paternal desde ____ - ____ - ____ (Art. 71) Sustitución del permiso de lactancia por permiso de un mes retribuido a continuación del permiso maternal o paternal (Circular Dirección General de Personal de CLM de 7/4/2005)

3. RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA APORTADA (EN SU CASO)	
Documento:	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4. _____	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DE SOLICITANTE

Servicios Periféricos de _____