



INSTRUCCIONES PARA LA TOMA DE POSESION EN EL PROCESO DE ESTABILIZACION DERIVADO DE LA LEY 20/2021

Estando prevista la publicación en el BOPA (*Boletín Oficial del Principado de Asturias*) de las Resoluciones de la Dirección Gerencia del Servicio de Salud del Principado de Asturias, por las que se nombra personal estatutario fijo y se adjudican plazas de la categoría correspondiente a los aspirantes aprobados en los distintos procesos selectivos enmarcados en el Proceso de Estabilización derivado de la Ley 20/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público, con el fin de organizar, ordenar y facilitar la incorporación de todos los profesionales afectados, la Gerencia del Área Sanitaria IV dicta las siguientes:

INSTRUCCIONES

PRIMERA.- AMBITO APLICACIÓN

Las Instrucciones se aplican en la toma de posesión del personal estatutario nombrado a raíz de las convocatorias que derivan del proceso de estabilización (Ley 20/2021), en aquellas categorías que suponen un número importante de nuevas incorporaciones como personal estatutario fijo en el AS IV, tratando de ordenar el proceso de toma de posesión facilitando la incorporación ágil y eficaz de los profesionales afectados.

En un principio, las categorías que se ven afectadas por estas Instrucciones son:

CATEGORÍA/ESPECIALIDAD
AYUDANTE DE SERVICIOS
CELADOR
ENFERMERÍA
GRUPO AUXILIAR ADMINISTRATIVO
GRUPO TÉCNICO
MÉDICO DE FAMILIA
TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIAR DE ENFERMERÍA
TÉCNICO ESPECIALISTA EN LABORATORIO
TÉCNICO ESPECIALISTA EN RADIODIAGNÓSTICO

Sin perjuicio de que su aplicación pueda extenderse, por operatividad a otras categorías profesionales.

SEGUNDA.- CALENDARIO TOMA POSESION

El personal que resulte adjudicatario de plaza, en cualquiera de las categorías señaladas en el apartado anterior, tiene un plazo máximo de toma de posesión de 1 mes, a partir del siguiente a la publicación en el BOPA de la resolución por la que se nombra estatutario fijo.



En las categorías señaladas en el apartado anterior, la toma de posesión a lo largo del **primer día** siguiente (*día hábil*) a la publicación de la resolución en el BOPA, se llevara a cabo mediante **CITACION**, en orden alfabético, en sucesivos tramos horarios de 1 hora desde las **08:00 hasta 14:00** y de **15:00 a 18:00** (*solo en caso de que por el numero de adjudicatarios se requiera turno de tarde*). En cada hora serán citados entre 12- 20 personas (dependiendo de la categoría).

La citación por tramos horarios para éste primer día se remitirá mediante correo electrónico, sin perjuicio de dar también publicidad mediante publicación en la página web y en tablones.

El personal deberá presentarse en el **turno a la hora exacta de citación** y con la **documentación cumplimentada** para proceder a la toma de posesión.

El resto de los días del mes, la toma de posesión se llevara a cabo sin necesidad de cita, en horario de **08:00 a 15:00**, en el lugar señalado. (**Sala N-1 S2 002**)

TERCERA.- LUGAR/UBICACION FISICA PARA LA TOMA DE POSESION

- **El día siguiente (*hábil*)** a la publicación en el BOPA de la resolución por la que se nombra personal estatutario fijo y se adjudican plazas:
 - ✓ **Sala N-1 S2 003 (zona de Salón de Actos)**.- Para aquellos que vienen de otro organismo, Servicio de Salud e incluso otra Área Sanitaria del SESPA
 - ✓ **Sala N-1 S2 004 (zona de Salón de Actos)**.- Los que previamente venían trabajando en el Área Sanitaria IV, en la misma o en otra categoría.
- **El resto de los días del plazo**, la toma de posesión se llevara a cabo en la:
 - ✓ **Sala N-1 S2 002 (zona de Salón de Actos)**.- Todo el personal con independencia de su procedencia.

CUARTA.- HORARIOS

- **En los días en los que exista CITACION:** Han de tomar posesión en la hora de la cita necesariamente. (Desde las 08:00 hasta las 14:00 / de 15:00 a 18:00, se darán las citas en tramos de 1 hora).
- **El resto de los días:** En cualquier momento dentro de la jornada de 08:00 a 15:00.

QUINTA.- DOCUMENTACION A APORTAR.-

- **Adjudicatarios de plaza que previamente vinieran desempeñando funciones en el AREA SANITARIA IV** (*En HUCA, HMN o Atención Primaria*).
 - ✓ **Desempeñan funciones en la misma categoría en la que ahora toman posesión.**- En el mismo acto se les entrega para la firma:
 - Documento solicitud de la **renuncia/cese** en la plaza/puesto que ocupa, como personal temporal, hasta la toma de posesión.
 - **Declaración responsable** de no encontrarse en situación de incapacidad temporal.



Presentaran la siguiente documentación:

- **DNI/TARJETA de identificación (original)**
 - **Certificado o, en su defecto, Consentimiento** para la consulta de antecedentes penales por delitos sexuales, debidamente cumplimentado. **(Modelo AIV.01 – Consentimiento para consultar la inexistencia de antecedentes penales por delitos sexuales.)**
- ✓ **Desempeñan funciones en categoría distinta a la de la toma de posesión.**- En el mismo acto se le entrega para la firma:
- Documento solicitud de la **renuncia/cese** en la plaza/puesto que ocupa, como personal temporal, hasta la toma de posesión.
 - **Declaración responsable** de no encontrarse en situación de incapacidad temporal.

Deberán presentar la documentación:

- **DNI/TARJETA de identificación (original)**
 - **Título y Especialidad, en su caso (copia)**
 - **Certificado de colegiación, caso de ser necesario**
 - **Certificado o, en su defecto, Consentimiento**, para la consulta de antecedentes penales por delitos sexuales, debidamente cumplimentado. **(Modelo AIV.01 – Consentimiento para consultar la inexistencia de antecedentes penales por delitos sexuales.)**
- **Adjudicatarios de plaza que vienen de otro Área Sanitaria, Servicio de Salud u Organismo/Institución.**

En el acto de toma de posesión se le solicita la firma de la **declaración responsable no encontrarse en situación de incapacidad temporal**

Deberán acudir a la toma de posesión con la documentación siguiente:

- **DNI (copia)**
- **Fotografía (Tamaño carnet)**
- **Ficha de datos personales cumplimentada (Modelo AIV.02- Ficha de datos personales)**
- **Título y Especialidad, en su caso (copia)**
- **Certificado de colegiación, caso de ser necesario**
- **Datos bancarios (excepto personal que venga desempeñando funciones en el SESPA)**
- **Numero de afiliación a la Seguridad Social (excepto personal que venga desempeñando funciones en el SESPA)**
- **Certificado de discapacidad (si procede)**
- **Certificado de haberes en el que conste: (Solo quienes vengan de otro Servicio de Salud u Organismo/Institución).**
 - Nº de trienios reconocidos
 - Fecha de vencimiento del próximo trienio
 - Grado de carrera/desarrollo reconocido
- **Resolución, solicitud o escrito de renuncia/cese** como personal temporal en la plaza/puesto que venía desempeñando hasta la toma de posesión, emitido o presentado en la entidad de origen.
- **Certificado o, en su defecto, Consentimiento**, para la consulta de antecedentes penales por delitos sexuales, debidamente cumplimentado. **(Modelo AIV.01 – Consentimiento para consultar la inexistencia de antecedentes penales por delitos sexuales.)**



Además de la documentación general, deberán aportar los modelos y/o documentación requeridos si se encuentran en alguna de las situaciones especiales que se describen a continuación.

SEXTA.- SITUACIONES ESPECIALES.-

Tratamiento de algunas de las situaciones especiales que pudieran darse en el momento de la toma de posesión. Es decir, de aplicación en aquellos casos en que el adjudicatario, en el momento de la toma de posesión, **se encuentra en alguna de las situaciones que se reflejan a continuación**. Por tanto, no se refiere al caso en que deseen iniciarlas.

- **Servicios especiales.-** Cuando la persona adjudicataria se encuentre en situación de servicios especiales y desee permanecer, deberá **solicitar expresamente**, aportando en el momento de la toma de posesión un escrito en este sentido junto a la **resolución por la que ha sido declarado en su día en servicios especiales. (Modelo AIV.03-Solicitud de servicios especiales)**
- **Excedencia por cuidado de familiares o permiso por conciliación de la vida familiar y laboral.-** El personal que en el momento de la toma de posesión viniera disfrutando de excedencia por cuidado de hijos o por cuidado de familiar, procederá:
 - ✓ **Adjudicatarios de plaza que ya vienen desempeñando su trabajo en el Área IV.-** Para mantener la situación de excedencia deberán comunicarlo presentando la solicitud de continuidad en el modelo correspondiente. **(Modelo AIV.04-Solicitud de excedencia por cuidado de familiares y Modelo AIV.05- Solicitud de excedencia por cuidado de hijos)**
 - ✓ **Adjudicatarios que vienen de otro Área Sanitaria, Servicio de Salud u Organismo/Institución.-** Deben formular solicitud de continuidad y aportar justificantes de su situación (Resolución, certificaciones...) para poder tomar posesión formal y permanecer en la situación hasta su finalización. **(Modelo AIV.04-Solicitud de excedencia por cuidado de familiares y Modelo AIV.05- Solicitud de excedencia por cuidado de hijos)**
- **Permiso de maternidad y paternidad.-** En el supuesto que la persona adjudicataria se encuentre disfrutando de un permiso por maternidad o paternidad, podrá tomar posesión formal de la plaza y continuar disfrutando del permiso.

En el Área Sanitaria IV se gestionara un alta administrativa, desde la fecha de toma de posesión, en el expediente del adjudicatario, informando al INSS de esta situación para que continúe percibiendo la prestación correspondiente (a través del Buzón Acredita de notificación de incidencias).

 - ✓ **Adjudicatarios de plaza que ya vienen desempeñando su trabajo en el Área IV.-** Continúan en la situación presentando la solicitud de permanencia en el modelo: **Modelo AIV.06-Solicitud de permiso de maternidad y paternidad**, sin necesidad de aportar documentación justificativa.
 - ✓ **Adjudicatarios que vienen de otro Área Sanitaria, Servicio de Salud u Organismo/Institución.-** Deben formular solicitud de continuidad en el modelo que se indica y adjuntar copia de la Resolución del INSS concediendo el permiso para poder tomar posesión formal y continuar el disfrute hasta su finalización. **(Modelo AIV.06-Solicitud de permiso de maternidad y paternidad).**



- **Incapacidad permanente revisable en la categoría en la que toma posesión.-** En situación de incapacidad permanente, el adjudicatario no va a poder tomar posesión de la plaza por incumplir el requisito de poseer la capacidad funcional necesaria para el desempeño de las tareas que se deriven del correspondiente nombramiento. Cuando en la resolución de la incapacidad se contemple la posible revisión de la situación invalidante en el plazo máximo de 2 años, el adjudicatario deberá comunicar esta circunstancia en el Área Sanitaria IV, dentro del plazo posesorio, solicitando el aplazamiento de la toma de posesión, suspensión del plazo posesorio, como personal estatutario fijo por un periodo máximo de 2 años, a contar desde la fecha de Resolución del INSS, para el supuesto de revisión de la situación de incapacidad en incorporación al puesto de trabajo. Desde esta fecha de incorporación empezara a contar el pazo posesorio. **(Modelo AIV.07 – Aplazamiento de la toma posesión por incapacidad permanente)**
- **Incapacidad temporal y propuesta de incapacidad permanente.-** Los adjudicatarios que se encuentren en situación de incapacidad temporal o en propuesta de incapacidad permanente **deberán advertirlo** ya que no podrán tomar posesión hasta el último día del plazo posesorio salvo alta anterior.
En el supuesto de toma de posesión en situación de incapacidad temporal, la Gerencia del Área Sanitaria IV resolverá modificando la fecha de efectos administrativos de la toma de posesión para adaptarla a la del alta o en su caso a la del último día del plazo. Dicha circunstancia se trasladara también al documento de toma de posesión mediante “nota diligencia” rectificativa de la fecha.
- **Excedencia por prestar servicios en el sector público.-** El personal con otra plaza fija en el sector público, deberá en el momento de la toma de posesión de la nueva plaza, ejercer la opción de pasar a la situación de excedencia por prestar servicios en el sector público en una de las dos plazas.
Cuando se opte por quedar en excedencia en una plaza en propiedad en el Área Sanitaria IV, ya sea la adjudicada en el proceso de estabilización u otra de la que es propietario con anterioridad, lo ha de manifestar por escrito mediante la correspondiente solicitud. **(Modelo AIV.08-Solicitud de excedencia por prestar servicios en el sector público).**
- **Riesgo durante el embarazo.-** La prestación por riesgo durante el embarazo protege el periodo de suspensión del contrato en los supuestos en los que la trabajadora embarazada ocupa un puesto de trabajo con riesgo para la salud, y no se ha podido adaptar para hacerlo compatible con su estado, ni reubicarla a otro sin riesgo. Si el adjudicatario se encuentra en esta situación, diferenciamos:
 - ✓ **Adjudicatarios de plaza que ya vienen desempeñando su trabajo en el Área IV.-** Continúan en la situación al entender que no hay cambio en el puesto de trabajo.
 - ✓ **Adjudicatarios que vienen de otro Área Sanitaria, Servicio de Salud u Organismo/Institución.-** Deberán incorporarse e iniciar los trámites ordinarios correspondientes, ya que dependerá del puesto de trabajo a desempeñar y las posibilidades de adaptación.
- **Permiso de lactancia.-** El permiso de lactancia de hijo menor de 12 meses ya se venga disfrutando mediante reducción de jornada diaria o acumulado, tendrá el tratamiento siguiente:



- ✓ **Adjudicatarios de plaza que ya vienen desempeñando su trabajo en el Área IV.-** Mantienen la situación que tienen anterior a la toma de posesión, hasta la fecha fin del permiso de lactancia, presentando la solicitud de permanencia en el modelo: **Modelo AIV.09 –Permiso de lactancia**, sin necesidad de aportar documentación justificativa.
- ✓ **Adjudicatarios que vienen de otro Área Sanitaria, Servicio de Salud u Organismo/Institución.-** Deberán solicitar el mantenimiento del permiso, adjuntando los justificantes de su concesión inicial (resolución, certificación...), en el momento de la toma de posesión para continuar con el disfrute de la lactancia hasta su finalización. (**Modelo AIV.09 –Permiso de lactancia**).
- **Reducción de jornada por guarda legal o cuidado de familiar.-** Cuando el personal estatutario tenga el cuidado directo de algún menor de doce años, de persona mayor que requiera especial dedicación, o de una persona con discapacidad que no desempeñe actividad retribuida, tendrá derecho a la reducción de su jornada de trabajo, con la disminución de retribuciones correspondientes.

Si el adjudicatario de plaza que toma posesión se encuentra disfrutando una situación de reducción de jornada por guarda legal o por cuidado de familiar, deberá proceder:

- ✓ **Adjudicatarios de plaza que ya vienen desempeñando su trabajo en el Área IV.-** Deberán comunicarlo presentando la solicitud de continuidad en el **Modelo AIV.10 – Reducción de jornada**.
- ✓ **Adjudicatarios que vienen de otro Área Sanitaria, Servicio de Salud u Organismo/Institución.-** Deberán solicitarlo expresamente en el momento de la toma de posesión, adjuntando los justificantes precisos, y esperar a la resolución de concesión y concreción horaria del permiso en el nuevo lugar de destino dentro del Área IV. (**Modelo AIV.10 – Reducción de jornada**).

SEPTIMA.- LIQUIDACION DE VACACIONES Y DIAS.-

Conforme a las instrucciones de la Dirección de Profesionales del SESPA del pasado 23 de octubre de 2024: **“Liquidación Vacaciones, LDs y Excesos de Jornada”**, en aquellos supuestos en que la incorporación del personal estatutario fijo se realice en el mismo área sanitaria en la que venía prestando servicios como temporal, no se procederá a la liquidación de las vacaciones, permisos y excesos de jornada.

Por el contrario, se procederá a la liquidación de los días pendientes, cuando se produzca un cese en un área e incorporación en área distinta.

Los adjudicatarios que se incorporan procedentes de otros Servicios de Salud u Organismo/Instituciones, han de incorporarse con todos los días de vacaciones, permisos y excesos de jornada ya disfrutados o liquidados por la entidad de origen.



OCTAVA.- TARJETA DE IDENTIFICACION.-

Solicitaran la tarjeta de identificación aquellos profesionales de nueva incorporación que previamente a la toma de posesión no presten servicios en el Área Sanitaria IV. También aquellos que, estando en el Área Sanitaria IV, la toma de posesión supone un cambio de categoría.

El documento para la solicitud de tarjeta identificativa está disponible para su descarga y cumplimentación. (**Modelo AIV. 11 - Solicitud tarjeta identificativa**)

NOVENA.- JUSTIFICACION ENTREGA DE LA DOCUMENTACION.-

Para la debida constancia de la entrega de la documentación, fundamentalmente los distintos **modelos de solicitud** que se presenten en los supuestos de **situaciones especiales**, los adjudicatarios **deberán ir provistos del original y una copia**. En la copia se firmará la recepción, a modo de acuse de recibo o justificante de dicha recepción, indicando la fecha de la misma. La copia queda en poder del interesado (adjudicatario).

IMPORTANTE:

RECORDAR QUE, EN ARAS A LA AGILIDAD DEL PROCESO Y CON EL PROPOSITO DE FACILITAR LA TOMA DE POSESION DEL CONJUNTO DE ADJUDICATARIOS DE PLAZA, ESTOS DEBERAN PRESENTAR TODOS LOS DOCUMENTOS Y MODELOS DE SOLICITUD PARA SITUACIONES ESPECIALES ADECUADAMENTE CUMPLIMENTADOS.

AGRADECEMOS LA MAXIMA COLABORACION EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS INSTRUCCIONES

Oviedo, 4 de diciembre de 2024

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES



**Modelo AIV.01 - CONSENTIMIENTO
PARA CONSULTAR LA INEXISTENCIA DE ANTECEDENTES PENALES POR DELITOS SEXUALES**

I.- DATOS PERSONALES:

Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.
NIF/NIE/TIE: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Nombre padre/madre Indique telefono.
Nacionalidad: Escriba domicilio, calle y numro.		País de nacimiento: Escriba país.
Provincia de nacimiento Escriba localidad.	Municipio de nacimiento: Indique código postal.	Población de nacimiento Escriba provincia.

II.- RELACION DE EMPLEO:

<input type="checkbox"/> Personal estatutario fijo	<input type="checkbox"/> Personal estatutario temporal
<input type="checkbox"/> Funcionario	<input type="checkbox"/> Personal laboral
Categoría: Escriba categoría	Centro de trabajo: Escriba centro

III.- CONSENTIMIENTO:

Teniendo en cuenta lo establecido en el artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, introducido por la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, la persona firmante da su consentimiento para que el Servicio de Salud del Principado de Asturias consulte la inexistencia de antecedentes penales por delitos sexuales al Registro Central de Delincuentes Sexuales, a través de la Plataforma de Intermediación de Datos del Ministerio y Administraciones Públicas.

En Localidad , a Día de Mes de 2024

(Firma)



Modelo AIV.02-FICHA DE DATOS PERSONALES			Nº Matricula:
FOTOGRAFIA			
Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Fecha.	Lugar de nacimiento: Escribir localidad	
Correo electrónico:	Escribir correo _e.		
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numro.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
Categoría:	Escriba categoría	Fecha de alta: (Toma de posesión)	Escribir fecha.
Teléfono:	Escriba numero	Nº Seguridad Social:	Escriba numero
En Localidad a Día de Mes de Año			
Fdo.			
SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES			

Nº Matricula – A cumplimentar por el Área Sanitaria IV
Nº Seguridad Social – A rellenar según formato: 00/00000000/00



Modelo AIV.03 -SOLICITUD DE SERVICIOS ESPECIALES

Artículo 64, Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Teléfono: Indique telefono.	
Correo electrónico:	Escribir correo electrónico.		
Domicilio, calle y número: Escribir domicilio.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
Categoría: Escriba categoría	Nº de Personal: Escriba Nº personal		
Centro de trabajo:			

II.- MOTIVO DE LA SOLICITUD DE SERVICIOS ESPECIALES (Marque la que proceda)

<input type="checkbox"/> Formacion especializada como residente	<input type="checkbox"/> Directivo en Administraciones Publicas
<input type="checkbox"/> Programa de cooperacion internacional	<input type="checkbox"/> Activacion como reservista voluntario
<input type="checkbox"/> Otros: _____	

III.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

<input type="checkbox"/> Resolucion de reconocimiento de los servicios especiales
<input type="checkbox"/> Otros:

En Localidad . a Dia de Mes de 2024

Fdo.

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.04-SOLICITUD DE EXCEDENCIA POR CUIDADO DE FAMILIARES

Artículo 89.1c, Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre (BOE 31/10/2015)

DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Primer Apellido: Escribir apellido 1.	Segundo Apellido: Escribir apellido 2.	Nombre: Escribir nombre.
D.N.I.: Escribir DNI.	Fecha de nacimiento: Selección de fecha.	Teléfono: Escribir teléfono.
Domicilio, calle y número: Escribir domicilio.		
Localidad: Escribir localidad.	Código Postal: Escribir código.	Provincia: Escribir provincia.
Categoría: Escribir categoría.		Nº de Personal: Escribir número.
Centro de trabajo: Escribir centro.		

DATOS RELATIVOS A LA EXCEDENCIA

Fecha de inicio de la excedencia: Seleccione fecha.
Documentación que se adjunta:
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la documentación que acredita el parentesco con el sujeto causante.
<input type="checkbox"/> Documentación justificativa (certificado médico) de la necesidad de los cuidados.
En Localidad. a Día de Mes de Año
Fdo.

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.05 -SOLICITUD DE EXCEDENCIA POR CUIDADO DE HIJOS			
Artículo 89.1c, Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre (BOE 31/10/2015)			
I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE			
Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Teléfono: Indique telefono.	
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numro.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
Categoría: Escriba categoría	Nº de Personal: Escriba Nº personal		
Centro de trabajo:			
II.- DATOS RELATIVOS A LA EXCEDENCIA			
Fecha de nacimiento del hijo/a:		Fecha de nacimiento	
Fecha de inicio de la excedencia (Toma de posesión):		Fecha de inicio	
III.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:			
Fotocopia compulsada de informe maternal. / Fotocopia compulsada del libro de familia		┌	
En el caso de que el padre y la madre trabajen, declaración jurada de aquel que no sea el solicitante, de que no disfruta de excedencia para el cuidado de hijos.		┌	
En Localidad. a Día de Mes de Año			
Fdo.			

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.06–PERMISO MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Artículo 49, Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre (BOE 31/10/2015)

I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Teléfono: Indique telefono.	
Correo electrónico:	Escribir correo.		
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numro.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
Categoría:	Escriba categoría	Nº de Personal:	Escriba Nº personal

Solicita continuar con el disfrute del permiso de maternidad/paternidad cuyas fechas son:

Fecha inicio:	Fecha inicio	Fecha fin:	Fecha inicio
----------------------	--------------	-------------------	--------------

II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

Resolución aprobatoria del INSS

En Localidad. a Día de Mesde Año

Fdo.

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.07 – APLAZAMIENTO TOMA DE POSESION POR INCAPACIDAD PERMANENTE			
I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE			
Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escribir segundo apellido.	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Teléfono: Indique teléfono.	
Correo electrónico:	Escriba correo electrónico		
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numro.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
Categoría:	Escriba categoría	Nº de Personal:	Escriba Nº personal
SOLICITA:			
<i>Aplazamiento/suspensión del plazo de toma de posesión por encontrarse en situación de INCAPACIDAD PERMANENTE REVISABLE y la rehabilitación del nombramiento como personal estatutario fijo y reinicio del plazo posesorio en el supuesto de que antes de los dos años a computar desde el fecha de resolución del INSS, sea revisada la incapacidad permanente y dejada sin efecto</i>			
Fecha inicio de la IP:	Fecha inicio	Fecha fin de la IP:	Fecha inicio
II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:			
<input type="checkbox"/> Resolución del INSS			
En Localidad. a Día de Mes de Año			
Fdo.			
SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo			



Modelo AIV.08–SOLICITUD DE EXCEDENCIA POR PRESTAR SERVICIOS EN EL SECTOR PUBLICO			
I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE			
Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Teléfono: Indique teléfono.	
Correo electrónico:	Escribir correo electrónico.		
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y número.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
EXPONE:			
<i>Que habiendo obtenido plaza en propiedad en la categoría profesional indicada (1), encontrándose en la situación de servicio activo,</i>			
(1) Categoría:	Escriba categoría		
<i>Contando también con plaza en propiedad en el sector público en la categoría señalada (2)</i>			
(2) Categoría:	Escriba categoría		
SOLICITA:			
<i>Excedencia voluntaria por prestar servicios en el sector público, en la plaza de la categoría (3), y con efectos a la fecha (4), señalados a continuación, acogiéndose a lo regulado en el artículo 66 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE: de 17 de diciembre de 2003)</i>			
(3) Categoría:	Escriba categoría	(4) Fecha	Escribir fecha.
II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA			
<input type="checkbox"/> Copia de la toma de posesion en la otra plaza en propiedad distinta a la que se adjudica			
<input type="checkbox"/> Otra:			
En Localidad. a Día de Mes de Año			
Fdo.			
SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo			



Modelo AIV.09 – PERMISO DE LACTANCIA

I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Primer Apellido: Escriba primer apellido.	Segundo Apellido: Escriba segundo apellido	Nombre: Escriba nombre.	
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Escribir fecha.	Teléfono: Indique teléfono.	
Correo electrónico:	Escribir correo electrónico.		
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numro.			
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.	
Categoría:	Escriba categoría	Nº de Personal:	Escriba Nº personal

Solicita continuar con el disfrute del permiso de lactancia:

Fecha inicio:	Fecha inicio	Fecha fin:	Fecha inicio
----------------------	--------------	-------------------	--------------

II.- MODALIDAD DEL PERMISO:

<input type="checkbox"/> Acumulo en jornadas completas	<input type="checkbox"/> Reduccion 1 hora diaria
<input type="checkbox"/> Reduccion de 1 hora en dos fracciones	<input type="checkbox"/> Reduccion de 2 medias horas

III.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

<input type="checkbox"/> Resolucion de concesion inicial del permiso de lactancia
<input type="checkbox"/> Otros:

En Localidad. a Día de Mes de Año

Fdo.

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.10 - SOLICITUD DE REDUCCION DE JORNADA DE TRABAJO

Artículo 48, Real Decreto 5/2015, de 30 de octubre (BOE 31/10/2015)

DATOS DEL/LA SOLICITANTE

Primer Apellido: Escriba apellido 1.	Segundo Apellido: Escriba apellido 2.	Nombre: Escriba nombre.
D.N.I.: Escriba DNI.	Fecha de nacimiento: Seleccione fecha.	Teléfono: Escriba teléfono.
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio.		
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Escriba código.	Provincia: Escriba provincia.
Categoría: Escriba categoría.		Nº de Personal: Escriba número.
Unidad o Servicio de destino: Escriba unidad.		Turno que realiza: Escriba turno.

DATOS RELATIVOS A LA REDUCCION DE JORNADA DE TRABAJO

Motivo de la reducción: Escriba motivo.		
Porcentaje de reducción que solicita: Porcentaje. %	En caso de solicitud por cuidado de hijo/a. Fecha de nacimiento del hijo: Fecha nacimiento.	
Fecha de inicio de la reducción de jornada: Fecha inicio.	Fecha fin de la reducción de jornada: Fecha fin.	Horario propuesto: Horario.

Documentación que se adjunta:	
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada del libro de familia	
<input type="checkbox"/> Documentación justificativa (certificado médico) de la necesidad de los cuidados	
<input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la documentación que acredita el parentesco con el sujeto causante	

En Localidad. a Día de Mes de Año

Firma del/la solicitante:

VISTO BUENO DEL SERVICIO/UNIDAD

DIRECCIÓN DE:	
FECHA DE INICIO: Fecha inicio	HORARIO AUTORIZADO: Horario.

En Localidad. a Día de Mes de Año

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo