



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

**I.- DATOS PERSONALES:**

<b>Primer Apellido:</b> Escriba primer apellido.	<b>Segundo Apellido:</b> Escriba segundo apellido	<b>Nombre:</b> Escriba nombre.
<b>NIF/NIE/TIE:</b> Escriba DNI.	<b>Fecha de nacimiento:</b> Escribir fecha.	<b>Nombre padre/madre</b> Indique telefono.
<b>Nacionalidad:</b> Escriba domicilio, calle y numro.		<b>País de nacimiento:</b> Escriba país.
<b>Provincia de nacimiento</b> Escriba localidad.	<b>Municipio de nacimiento:</b> Indique código postal.	<b>Población de nacimiento</b> 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
<b>Categoría:</b> Escriba categoría	<b>Centro de trabajo:</b> 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 categoria	Fecha de alta: (Toma de posesión)	Escribir fecha.
Teléfono:	Escriba numero	Nº Seguridad Social:	Escriba numero
<div>En Localidad a Día de Mes de Año</div> <div>Fdo.</div>			
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

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

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

<input type="checkbox"/> Formación 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:

☐ Resolucion de reconocimiento de los servicios especiales

☐ Otros:

En Localidad . a Día de Mes de 2024

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)			
<b>I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE</b>			
<b>Primer Apellido:</b> Escriba primer apellido.	<b>Segundo Apellido:</b> Escriba segundo apellido	<b>Nombre:</b> Escriba nombre.	
<b>D.N.I.:</b> Escriba DNI.	<b>Fecha de nacimiento:</b> Escribir fecha.	<b>Teléfono:</b> Indique telefono.	
<b>Domicilio, calle y número:</b> Escriba domicilio, calle y numro.			
<b>Localidad:</b> Escriba localidad.	<b>Código Postal:</b> Indique código postal.	<b>Provincia:</b> Escriba provincia.	
<b>Categoría:</b> Escriba categoría	<b>Nº de Personal:</b> Escriba Nº personal		
<b>Centro de trabajo:</b>			
<b>II.- DATOS RELATIVOS A LA EXCEDENCIA</b>			
<b>Fecha de nacimiento del hijo/a:</b>		Fecha de nacimiento	
<b>Fecha de inicio de la excedencia (Toma de posesión):</b>		Fecha de inicio	
<b>III.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:</b>			
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.		┐	
<div style="text-align: center;">En    Localidad.    a    Día    de    Mes    de    Año</div> <div style="text-align: center;">Fdo.</div>			

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**

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

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

<b>Fecha inicio:</b>	Fecha inicio	<b>Fecha fin:</b>	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			
<b>I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE</b>			
<b>Primer Apellido:</b> Escriba primer apellido.	<b>Segundo Apellido:</b> Escribir segundo apellido.	<b>Nombre:</b> Escriba nombre.	
<b>D.N.I.:</b> Escriba DNI.	<b>Fecha de nacimiento:</b> Escribir fecha.	<b>Teléfono:</b> Indique teléfono.	
<b>Correo electrónico:</b>	Escriba correo electrónico		
<b>Domicilio, calle y número:</b> Escriba domicilio, calle y número.			
<b>Localidad:</b> Escriba localidad.	<b>Código Postal:</b> Indique código postal.	<b>Provincia:</b> Escriba provincia.	
<b>Categoría:</b>	Escriba categoría	<b>Nº de Personal:</b>	Escriba Nº personal
<b>SOLICITA:</b> <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>			
<b>Fecha inicio de la IP:</b> Fecha inicio		<b>Fecha fin de la IP:</b> Fecha inicio	
<b>II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:</b>			
<input type="checkbox"/> Resolución del INSS			
<div>En    Localidad.    a Día de Mes de Año</div> <div>Fdo.</div>			
SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo			



<b>Modelo AIV.08–SOLICITUD DE EXCEDENCIA POR PRESTAR SERVICIOS EN EL SECTOR PUBLICO</b>			
<b>I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE</b>			
<b>Primer Apellido:</b> Escriba primer apellido.	<b>Segundo Apellido:</b> Escriba segundo apellido	<b>Nombre:</b> Escriba nombre.	
<b>D.N.I.:</b> Escriba DNI.	<b>Fecha de nacimiento:</b> Escribir fecha.	<b>Teléfono:</b> Indique telefono.	
<b>Correo electrónico:</b>	Escribir correo electronico.		
<b>Domicilio, calle y número:</b> Escriba domicilio, calle y numro.			
<b>Localidad:</b> Escriba localidad.	<b>Código Postal:</b> Indique código postal.	<b>Provincia:</b> Escriba provincia.	
<b>EXPONE:</b> <i>Que habiendo obtenido plaza en propiedad en la categoría profesional indicad (1), encontrándose en la situación de servicio activo,</i>			
<b>(1) Categoría:</b>	Escriba categoría		
<i>Contando también con plaza en propiedad en el sector publico en la categoría señalada (2)</i>			
<b>(2) Categoría:</b>	Escriba categoría		
<b>SOLICITA:</b> <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, acogéndose 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>			
<b>(3) Categoría:</b>	Escriba categoría	<b>(4) Fecha</b>	Escribir fecha.
<b>II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA</b>			
<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:			
<div>En Localidad. a Día de Mes de Año</div> <div>Fdo.</div>			
<b>SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo</b>			





Modelo AIV.09 – PERMISO DE LACTANCIA

I.- DATOS DEL/LA SOLICITANTE

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

Solicita continuar con el disfrute del permiso de lactancia:

<b>Fecha inicio:</b>	Fecha inicio	<b>Fecha fin:</b>	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**

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

**DATOS RELATIVOS A LA REDUCCION DE JORNADA DE TRABAJO**

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

<b>Documentación que se adjunta:</b>	
<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**

<b>DIRECCIÓN DE:</b>	
<b>FECHA DE INICIO:</b> Fecha inicio	<b>HORARIO AUTORIZADO:</b> Horario.

En Localidad. a Día de Mes de Año

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo