



**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 numero.	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 checked="" type="checkbox"/> Personal estatutario fijo	<input checked="" type="checkbox"/> Personal estatutario temporal
<input checked="" type="checkbox"/> Funcionario	<input checked="" 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 Dia 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 numero.		
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
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:

Resolucion de reconocimiento de los servicios especiales

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:	Selecione 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 teléfono.
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numero.		
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.
Categoría: Escriba categoría	Nº de Personal: Escriba N° personal	
Centro de trabajo:		

II.- DATOS RELATIVOS A LA EXCEDENCIA

Fecha de nacimiento del hijo/a: Fotocopia compulsada de informe maternal. / Fotocopia compulsada del libro de familia	Fecha de nacimiento
Fecha de inicio de la excedencia (Toma de posesión): 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.	Fecha de inicio

III.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

Fotocopia compulsada de informe maternal. / Fotocopia compulsada del libro de familia	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>

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 teléfono.
Correo electrónico:	Escribir correo.	
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numero.		
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/paternidadcuyas fechas son:

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

II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

Resolucion aprobatoria del INSS

En Localidad. a Día de Mes de Año

Fdo.

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.07 – APLAZAMIENTO TOMA DE POSESIÓN 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.	Escriba correo electrónico	
Domicilio, calle y número: Escriba domicilio, calle y numero.		
Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.
Categoría: Escriba categoría	Escriba categoría	Nº de Personal: Escriba Nº personal

SOLICITA:

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

Fecha inicio de la IP: Fecha inicio **Fecha fin de la IP:** Fecha inicio

II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

Resolucion 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 PÚBLICO

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:

Escriba domicilio, calle y numero.

Localidad: Escriba localidad.	Código Postal: Indique código postal.	Provincia: Escriba provincia.
--------------------------------------	--	--------------------------------------

EXPONE:

Que habiendo obtenido plaza en propiedad en la categoría profesional indicad (1), encontrándose en la situación de servicio activo,

(1) Categoría: Escriba categoría

Contando también con plaza en propiedad en el sector publico en la categoría señalada (2)

(2) Categoría: Escriba categoría

SOLICITA:

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)

(3) Categoría: Escriba categoría (4) Fecha Escribir fecha.

II.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA

Copia de la toma de posesion en la otra plaza en propiedad distinta a la que se adjudica

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 telefono.
Correo electrónico: Domicilio, calle y número:	Escribir correo electrónico. Escriba domicilio, calle y numero.	

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"/> Reducción 1 hora diaria
<input type="checkbox"/> Reducción de 1 hora en dos fracciones	<input type="checkbox"/> Reducción de 2 medias horas

III.- DOCUMENTACION QUE SE ADJUNTA:

Resolución de concesión inicial del permiso de lactancia

Otros:

| En Localidad. a Día de Mes de Año |

Fdo.

SUBDIRECCION ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo



Modelo AIV.10 - SOLICITUD DE REDUCCIÓN 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 numero.
Unidad o Servicio de destino: Escriba unidad.		Turno que realiza: Escriba turno.

DATOS RELATIVOS A LA REDUCCIÓN 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

SUBDIRECCIÓN ECONOMICA Y DE PROFESIONALES – Unidad de Absentismo