

**XESTIÓN DE VACACIÓNS, PERMISOS E LICENZAS**

<b>Datos do/a interesado/a</b>		
Apelidos	Nome	
Posto de traballo	Servizo	
Enderezo	Teléfono ou extensión	
Condición	<input type="checkbox"/> Funcionario/a <input type="checkbox"/> Laboral fixo/a <input type="checkbox"/> Eventual <input type="checkbox"/> Interino/a <input type="checkbox"/> Laboral temporal	
<b>Solicitude</b>		
<b>Vacacións período solicitado:</b>		
Días soltos: total	(con cargo ao exercicio 20 / )	Períodos sen interrupción
Días:	Mes:	Do ata o
Días:	Mes:	Do ata o
<b>Permisos:</b>	<b>Licenzas:</b>	
<input type="checkbox"/> Asuntos particulares. <input type="checkbox"/> Antigüidade. <input type="checkbox"/> Xubilación. <input type="checkbox"/> Traslado de domicilio. <input type="checkbox"/> Exames. <input type="checkbox"/> Cumprimento de deberes inescusables ou relacionados coa conciliación. <input type="checkbox"/> Redución da xornada. <input type="checkbox"/> Formación externa. <input type="checkbox"/> Exames prenatais e técnicas de preparación ao parto. <input type="checkbox"/> Tratamentos de fecundación asistida. <input type="checkbox"/> Lactación de fillo/a menor de 12 meses. <input type="checkbox"/> Permiso parental de 8 semanas. <input type="checkbox"/> Nacemento de fillos/as prematuros ou hospitalizados. <input type="checkbox"/> Maternidade, paternidade por nacemento, acollemento ou adopción. <input type="checkbox"/> Coidado de familiar de primeiro grao. <input type="checkbox"/> Violencia de xénero. <input type="checkbox"/> Accidente ou enfermidade grave*. <input type="checkbox"/> Defunción*. <input type="checkbox"/> Acompañamento a revisións médicas*. <input type="checkbox"/> Flexibilización da xornada*. <input type="checkbox"/> Matrimonio de parentes de segundo grao.	<input type="checkbox"/> Enfermidade. <input type="checkbox"/> Matrimonio. <input type="checkbox"/> Estudos. <input type="checkbox"/> Asuntos propios (licenza sen soldo). <input type="checkbox"/> Risco durante o embarazo e a lactación. <input type="checkbox"/> Consulta, tratamentos ou exploracións médicas. <input type="checkbox"/> Eventos.  <b>Outros:</b> <input type="checkbox"/> Compensación por horas sindicais. <input type="checkbox"/> Compensación por servizos extraordinarios fora da xornada (horas extra).	
<b>* indicar o grao de parentesco:</b>		
<b>Período solicitado (permisos, licenzas e outros):</b>		
Días soltos: total	(con cargo ao exercicio 20 / )	Períodos sen interrupción
Días:	Mes:	Do ata o
Días:	Mes:	Do ata o
<b>Lugar, datas e sinaturas: Santiago de Compostela, a</b>		
O/A interesado/a,	O/A Xefe/a de Servizo,	O/A Concelleiro/a,
Asdo.	Asdo.	Asdo.

Coa sinatura desta solicitude autorizo que o Concello de Santiago de Compostela realice o tratamento dos datos persoais declarados coa finalidade de xestionar o procedemento derivado dela. A lexitimación vén atribuída polo consentimento da persoa interesada e polas competencias municipais establecidas na normativa de aplicación. Conservarase o tempo necesario para resolver o expediente e as responsabilidades derivadas. As persoas destinatarias serán os departamentos municipais, as empresas concesionarias ou outras administracións públicas con competencias na tramitación do expediente. Poderán exercer os seus dereitos de acceso, rectificación, limitación do tratamento ou calquera outro establecido na normativa vixente ante quen sexa responsable do tratamento e consultar información adicional en [www.santiagodecompostela.gal](http://www.santiagodecompostela.gal)

## ANEXO 1: DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DA REPRESENTACIÓN

*En todos os casos é preciso achegar o DNI-NIF/NIE da persoa representada e da representante*

### Para a representación de persoas físicas maiores de idade (sinale o que corresponda)

- Poder notarial
- Apoderamento outorgado mediante comparecencia
- Outros documentos legais de representación maiores de idade

### Para a representación de persoas con discapacidade (sinale o que corresponda)

- Resolución xudicial
- Declaración de gardador de feito<sup>1</sup>

### Para a representación de persoas xurídicas (sinale o que corresponda)

- Escritura pública
- Poder notarial

### Para a representación de herdanzas xacentes, comunidades de bens ou outras entidades sen personalidade xurídica (sinale o que corresponda)

- Escritura pública
- Poder notarial

### En caso de representación de persoas menores de idade (sinale o que corresponda)

- Libro de familia
- Resolución xudicial ou administrativa
- Outros documentos legais de representación

(1) Poden presentar solicitudes en nome da persoa con discapacidade