

## SOLICITUD DE PERMISO SIN SUELDO

D. \_\_\_\_\_, con D.N.I. \_\_\_\_\_  
domicilio en \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_  
C/. \_\_\_\_\_  
con la categoría de \_\_\_\_\_ y adscrito al  
Servicio de \_\_\_\_\_.

### EXPONE:

Que, en virtud de lo dispuesto en los Estatutos de Personal Facultativo (Art. 45), Sanitario No Facultativo (Art. 111) y No Sanitario (Art. 43.3) del Personal al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y concurriendo el siguiente MOTIVO \_\_\_\_\_

### SOLICITA:

Que previos los trámites oportunos, le sea concedido un Permiso sin sueldo de \_\_\_\_\_ de duración (máximo 3 meses cada año).

En la fecha de inicio del PSS, tiene reducción de jornada (SI / NO y %): \_\_\_\_\_

**Fecha de Inicio** \_\_\_\_\_ **Fecha Finalización** \_\_\_\_\_

En Albacete, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

**NOTA IMPORTANTE:** Las solicitudes de renuncia a los permisos, una vez concedidos habrán de efectuarse con 7 días hábiles para los que no superen un mes y 15 días hábiles para los que lo superen.

**SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.**

**INFORME DEL RESPONSABLE DEL SERVICIO:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Es preciso realizar sustitución**

**No es preciso sustitución**

(Señalar con una cruz)

Fdo.: \_\_\_\_\_

En Albacete, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_

**AUTORIZACIÓN DE LA DIRECCIÓN CORRESPONDIENTE:**

Fdo.: El Director / Subdirector \_\_\_\_\_

**RESOLUCIÓN:**

**Se aprueba la concesión del permiso sin sueldo solicitado**

**Se desestima la concesión del permiso sin sueldo solicitado**

Motivo de denegación

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EL DIRECTOR GERENTE:

Fdo.: Jesús Martino Sánchez Martínez.

Albacete, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0\_\_