

# SOL·LICITUD DE PERMISOS

## SOL·LICITANT

Núm. d'usuari		Núm. doc. identitat		Nom	
Primer llinatge		Segon llinatge			
Categoria		Nomenament		Fix	Temporal
Gerència					
Centre		Servei o unitat			
Adreça electrònica per rebre-hi notificacions				Telèfon	
Adreça electrònica del responsable					

## PERMISOS

Vacances		
Per assumptes particulars o de lliure disposició		
Per assumptes propis (no retribuït)		
Per trasllat de domicili	Sense canvi de municipi	Amb canvi de municipi
Per defunció*	Relació:	
Per accident o malaltia greu, hospitalització o intervenció quirúrgica sense hospitalització que necessiti repòs domiciliari**	Relació:	
Per assistir a exàmens finals i altres proves definitives d'aptitud		
Pel temps indispensable per complir deures inexcusables de caràcter públic o personal o atendre deures relacionats amb la conciliació de la vida familiar i la vida laboral		
Per formar part d'una candidatura en eleccions de caràcter polític		
Per acomplir funcions de representació sindical o del personal		
Per a formació		
Per a formació (no retribuït)		
Per matrimoni, per registre o per constitució de parella de fet formalitzada per document públic		
Per participar en programes i projectes d'ajuda i cooperació al desenvolupament		
Per participar en emergències humanitàries		
Un altre tipus de permís:		

\* Del cònjuge, de la parella de fet o d'un familiar fins al segon grau de consanguinitat o afinitat.

\*\* Del cònjuge o de la parella de fet o de familiars fins al segon grau de consanguinitat o afinitat, o qualsevol altra persona diferent de les anteriors que convisqui amb el treballador al mateix domicili i que requereixi que aquest la cuidi de manera efectiva.

<i>Període de temps per al qual se sol·licita el permís</i>							
Des de				fins a			
	dia	mes	any		dia	mes	any

## PERMÍS HORARI

Dia (DD/MM/AAAA)	Des de les	h	fins a les	h
Motiu del permís:				

## DECLARACIÓ RESPONSABLE

DECLAR, sota la meva responsabilitat, que les dades consignades i els documents aportats són autèntics; per tant, certific la veracitat de la informació.

## DOCUMENTACIÓ ADJUNTA\*


\* La documentació que cal aportar és la descrita en el *Manual de permisos i llicències*. Clicau en el permís que us interessi per consultar la fitxa corresponent publicada en el web del Servei de Salut.

## OBSERVACIONS

--

Data (excepte si hi signau electrònicament)

Vist i plau

Denominació del càrrec

Rúbrica o signatura electrònica

Rúbrica o signatura electrònica

Nom i llinatges (excepte si hi signa electrònicament)

## INFORMACIÓ SOBRE PROTECCIÓ DE DADES PERSONALS

El responsable del tractament de les dades personals consignades en aquest formulari és la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, amb seu al carrer de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

Aquestes dades seran tractades amb la finalitat de gestionar la contractació, la nòmina, les prestacions socials i els serveis interns, els expedients administratius relacionats amb la gestió de recursos humans i amb la finalitat d'una possible gestió sancionadora. Les dades seran incorporades a l'activitat de tractament «Gestió de personal».

Teniu dret a oposar-vos al tractament de les dades i a limitar-lo, i també a accedir, rectificar i suprimir les dades i exercir el dret a la portabilitat. A més, teniu dret a presentar una reclamació davant una autoritat de control. Per exercir aquests drets heu de presentar una sol·licitud per escrit al Servei d'Atenció a l'Usuari de la Direcció General del Servei de Salut de les Illes Balears, situat al carrer de la Reina Esclarmunda, 9 (07003 Palma).

La Delegació de Protecció de Dades del Servei de Salut de les Illes Balears té la seu a la Direcció de Gestió i Pressuposts (c/ de la Reina Esclarmunda, 9. 07003 Palma). L'adreça electrònica de contacte és [dpd@ibsalut.es](mailto:dpd@ibsalut.es).

Si voleu més informació sobre el tractament de les dades personals, visitau l'apartat «Registre d'activitats de tractament» del web del Servei de Salut escanejant aquest codi QR.

