

T04.0 - SOLICITUD DE PERMISO POR NACIMIENTO PARA LA MADRE BIOLÓGICA
1. Datos personales de la solicitante

DNI		Nombre y apellidos	
Teléfono		Correo electrónico	

2. Datos profesionales de la solicitante

Centro de trabajo		Código	
Especialidad		Tipo de jornada (Parcial o completa)	
Vínculo	<input type="checkbox"/> Funcionaria de carrera <input type="checkbox"/> Interina <input type="checkbox"/> Personal laboral docente		

3. Datos del hecho causante

Fecha del parto		N.º de hijos nacidos		De ellos, n.º de discapacitados	
-----------------	--	----------------------	--	---------------------------------	--

4. Modalidad de disfrute. Señalar la opción deseada (A o B)

<input type="checkbox"/> A) Solicitud de disfrute de todo el periodo sin interrupción	Inicio:	Fin:
<input type="checkbox"/> B) Solicitud de disfrute en múltiples periodos (si ambos progenitores trabajan)		
B.1) Parte obligatoria (6 semanas)	Inicio:	Fin:
B.2) Parte voluntaria (Para cada periodo se realizará una solicitud con 15 días de antelación)	Inicio:	Fin:

5. Ampliación del permiso (Disfrute a continuación de la parte obligatoria)

<input type="checkbox"/> A) Parto múltiple (2 semanas por cada hijo a partir del segundo, una para cada progenitor)	Inicio:	Fin:
<input type="checkbox"/> B) Discapacidad del neonato (2 semanas por cada hijo a partir del segundo, una para cada progenitor)	Inicio:	Fin:
<input type="checkbox"/> C) Hospitalización del recién nacido (Días de hospitalización hasta 13 semanas)	Inicio:	Fin:

6. Observaciones

--

7. Documentos a presentar, en su caso. (Marcar lo que proceda)

<input type="checkbox"/>	Documento acreditativo donde conste el día del nacimiento, así como los nombres de la madre biológica y del otro/a progenitor/a.
<input type="checkbox"/>	Vida laboral del otro/a progenitor/a (en caso de fraccionar el permiso).
<input type="checkbox"/>	Documento acreditativo de la discapacidad del recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Documento acreditativo de la hospitalización del recién nacido.
<input type="checkbox"/>	Certificado del nacimiento o registro acreditativo del parto múltiple.

El abajo firmante declara que son ciertos los datos consignados en la solicitud y que reúne los requisitos establecidos en el procedimiento correspondiente.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo: _____

- SR./SRA. DIRECTOR/A TERRITORIAL DE LAS PALMAS
 SR./SRA. DIRECTOR/A TERRITORIAL DE SANTA CRUZ DE TENERIFE

Información sobre protección de datos:

En cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Protección de datos (RGPD 2016/679) de 27 de abril de 2016, los datos recabados serán incorporados y tratados en la actividad de tratamiento GESTIÓN DE PERSONAL DOCENTE, responsabilidad de la Dirección General de Personal cuya finalidad es la gestión de situaciones administrativas del personal docente. El tratamiento de datos queda legitimado por la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas /Ley 2/1987, de 30 de marzo, de la Función Pública Canaria/Ley 5/2003, de 6 de marzo para la regulación de las parejas de hecho. Se cederán datos, en su caso, a otras Administraciones Públicas y a los Encargados del Tratamiento de los datos. De acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos, podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y a no ser objeto de decisiones individualizadas basadas únicamente en el tratamiento automatizado ante el Responsable del Tratamiento. Procedencia de los Datos: el interesado/a/otras Administraciones. Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: <https://www.gobiernodecanarias.org/administracionespublicas/tratamientodedatos/tratamientos/ceucd/dgp/>