

**SOL·LICITUD DE LLICÈNCIA PER MALALTIA, ACCIDENT O RISC DURANT L'EMBARÀS**  
**SOLICITUD DE LICENCIA POR ENFERMEDAD, ACCIDENTE O RIESGO DURANTE EL EMBARAZO**

<b>A</b>	<b>DADES PERSONALS / DATOS PERSONALES</b>
----------	---

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE	
DNI	TELÈFON / TELÉFONO		
DOMICILI / DOMICILIO			CP
MUNICIPI / MUNICIPIO		PROVÍNCIA / PROVINCIA	

<b>B</b>	<b>SOL·LICITA / SOLICITA</b>
----------	------------------------------

Que li siga concedida la llicència per MALALTIA ( ), ACCIDENT LABORAL ( ), ACCIDENT NO LABORAL ( ), RISC DURANT L'EMBARÀS ( ), segons l'informe de baixa que s'adjunta i d'acord amb el que estableix l'article 69 de la Llei de Funcionaris Civils de l'Estat.

*Que le sea concedida la licencia por ENFERMEDAD ( ), ACCIDENTE LABORAL ( ), ACCIDENTE NO LABORAL ( ), RIESGO DURANTE EL EMBARAZO ( ), según el informe de baja que se adjunta y de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley de Funcionarios Civiles del Estado.*

<b>C</b>	<b>DOCUMENTACIÓ QUE ADJUNTA / DOCUMENTACIÓN QUE ADJUNTA</b>
----------	---

- ( ) Informes mèdics per a l'òrgan personal / MUFACE. Partes para el órgano personal / MUFACE.

- ( ) *Informes mèdics per a l'empresa / l'INSS. Partes para la empresa / INSS.*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de / d' \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 (firma)

DIRECCIÓ TERRITORIAL D'EDUCACIÓ DE VALÈNCIA  
 DIRECCIÓN TERRITORIAL DE EDUCACIÓN DE VALÈNCIA

**NOTA:** Esta sol·licitud haurà de ser entregada junt amb els informes mèdics de baixa a la Direcció del centre de destinació. / *Esta solicitud deberá ser entregada junto con los partes de baja a la Dirección del centro de destino.*