



**SOLICITUD DE EXENCIÓN DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y/O JORNADA
COMPLEMENTARIA** (otros motivos diferentes a la edad)

D./D.^a _____, con DNI _____

teléfono/s _____, nacido el día _____.

correo electrónico _____

Facultativo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves y adscrito al servicio/unidad de _____

EXPONGO que, acogiéndome a lo regulado en el artículo 3 del Manual de vacaciones, permisos y licencias de centros e instituciones sanitarias del Servicio Andaluz de Salud, por encontrarme en situación de (indique con una cruz el apartado que proceda):

- Estado de gestación (se acompañará documento que acredite dicho estado de gestación).
- Hijos menores de un año (se acompañará copia del libro de familia).
- Hijos con minusvalía o discapacidad (se acompañará copia del libro de familia y de documento que acredite la minusvalía o discapacidad).
- Razón de enfermedad (se acompañará informe de la Unidad de Prevención o Servicio de Medicina Preventiva).

SOLICITO:

(indique con una cruz el apartado que proceda):

- 1.- Exención de Continuidad Asistencial (Jornada de 15:00 horas. A 20:00 horas en _____ días laborables de lunes a viernes).
- 2.- Exención de Jornada Complementaria (de 20:00 horas a 8:00 horas del día _____ siguiente, y sábados, domingos y festivos).

En Granada, a _____ de _____ de 2.0 _____.

Fdo. _____.

CONFORME
El/la Jefe/a de Servicio:

DIRIGIDO A LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES