**GOBIERNO DE ARAGON**

**Departamento de Educación Eskura y Deporte**

**ANEXO:JUSTIFICACIÓN DE AUSENCIAS DEL PERSONAL DOCENTE AL CENTRO DE TRABAJO**

**POR ENFERMEDAD*/*ACCIDENTE SIN PARTE DE BAJ*A* MÉDICA**

**DATOS PERSONALES**

1. DNI

2. Primer apellido

3. Segundo apellido

**4. Nombre**

**5. N.R.P.**

**6. Teléfonos de contacto**

**DATOS PROFESIONALES** 7. Centro de Destino

**8. Localidad**

**9. Provincia**

**10. Cuerpo**

11. Especialidad

**12. Departamento**

P

.POOPOOPOLISHER.+++

Comunica, para su conocimiento y efectos oportunos, que los días no pudo asistir a clase por enfermedad*/*accidente sin parte de baja médica.

•

Documentación médica aportada: .............

.....LULUPIDOPIIIIIIIIIIIIIIIIII

**+**

**I**

En..........*...*...*..*........*...*...*.....*.......... a ......... de ............................*.*.......... de 20....

Fdo: .....................

**Informe del Directo*r/*a del Centro**

En aplicación del apartado tercero de la Instrucción de 18 de enero de 2019 (BOA 05*/*02*/*2019), de la **Dire**cción General de la Función Pública y Calidad de los Servicios y de la Instrucción de 1 de **marzo de** 2019 de la Dirección General de Personal y Formación del Profesorado, por las que se aprobaron criterios de gestión en materia de incapacidad temporal tras la entrada en vigor del Decreto Le*y 2/2*0**19; esta** Dirección conside**ra que la ausenc**ia de *D/*Dña.......

....................está:

VR

!!!!PPPPPP

...

PPPPPPP**SS.OLI**

• Justificada..

• No justificada......

*(Remitir a la Sección de Personal del Servicio Provincial* ***correspondiente)*** *(Remitir a la Inspección de Educación del Servicio Provincial cor****respondiente)***

En .....*.*

.....*.*. *a* ......... de .......*.*

......................... de 20.....

**PROPISIIIIIIDIDUUUUUUUUUUUU**

Fdo...........................

**ID *Notificado al Servicio Provin****cial (en e****l plazo de tres días). Se odjunta una copia en el parte mensual de ausencias***