



**ANEXO: JUSTIFICACIÓN DE AUSENCIAS DEL PERSONAL DOCENTE AL CENTRO DE TRABAJO POR ENFERMEDAD/ACCIDENTE SIN PARTE DE BAJA MÉDICA**

**DATOS PERSONALES**

1. D.N.I.	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	

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: \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

**Informe del Director/a del Centro**

En aplicación del apartado quinto de la Instrucción de 18 de enero de 2019 (BOA 05/02/2019), de la Dirección 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 Ley 2/2019; esta Dirección considera que la ausencia de D/Dña. \_\_\_\_\_ está:

Justificada  (Remitir a la Sección de Personal del Servicio Provincial Correspondiente)  
No justificada  (Remitir a la Inspección de Educación del Servicio Provincial Correspondiente)

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. \_\_\_\_\_

Notificado al Servicio Provincial (en el plazo de tres días). Se adjunta copia en el parte mensual de ausencias.