GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Educación, Cultura y Deporte

Expte. Nº _____/

SOLICITUD DE ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO POR MOTIVOS DE SALUD PARA EL PERSONAL DOCENTE NO UNIVERSITARIO

1.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellidos y Nombre: _____

D.N.I.: _____ **N.R.P.:** _____

Domicilio: _____

_____

Localidad: _____

Provincia: _____ **Código Postal:** _____ **Teléfono de contacto:** _____

Personal Docente del Cuerpo: _____

Especialidad/es: _____

Centro de Destino: _____

Localidad: _____ **Provincia:** _____

2.- DOCUMENTACIÓN APORTADA:
(Para garantizar la necesaria confidencialidad de los datos personales que aporta el solicitante, deberán adjuntarse en sobre cerrado, con el nombre del empleado y la rúbrica "CONFIDENCIAL", uniéndolo a la presente solicitud.)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

En _____ a _____ de _____ de 20___

Fdo.: _____

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE PERSONAL.
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE