**PERMISO POR ACCIDENTE/ENFERMIDADE/FALECEMENTO/
HOSPITALIZACIÓN OU INTERVENCIÓN CIRÚRXICA**

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con documento de identidade nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, traballadora da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con enderezo, para efectos de notificación, en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e teléfono de contacto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**MANIFESTO:**

Que, de conformidade co estabelecido no artigo 37 b) do E.T., o traballador ou a traballadora, ten dereito a “2 días polo falecemento, accidente ou enfermidade grave, hospitalización ou intervención cirúrxica sen hospitalización que precise repouso domiciliario de parentes até o segundo grao de consanguinidade ou afinidade. Cando con tal motivo o traballador ou a traballadora necesite facer un desprazamento ao efecto, o prazo será de 4 días”.

**SOLICITO:**

**Desfrutar desde o \_ de\_ ao \_de\_de 20\_\_ dos dous días de permiso.**

A Coruña, a \_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_\_

Asinado, Recibín,

O/a traballador/a A empresa

**DEPARTAMENTO DE PERSOAL**