

ANEXO I

F17 F17R L14 L14R



Mº / Org.:

F.17

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue:

CONCESIÓN / INICIO
FINALIZACIÓN
ANULACIÓN

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	NRP:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
CUERPO O ESCALA:		
GRUPO/SUBGRUPO:	ESPECIALIDAD:	
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		
MODALIDAD:		
GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	
MINISTERIO / ORG. / ENTE:	
PROVINCIA:	LOCALIDAD:
PROV. RESIDENCIA:	LOC. RESIDENCIA:
COMPLEMENTO ESPECÍFICO:	NIVEL:

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT:	
PERIODO	DE [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] A [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
PRÓRROGA LICENCIA E.	NÚMERO [] [] DE [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] A [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
RÉGIMEN DE PREVISIÓN:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:
FECHA

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN
MOTIVO:

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha

Fdo.:



F.17.R

Mº / Org:

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue:

CONCESIÓN / INICIO
FINALIZACIÓN
ANULACIÓN

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP: _____ D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: _____ NRP: _____
 APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: _____
 CUERPO O ESCALA: _____
 GRUPO/SUBGRUPO: _____ ESPECIALIDAD: _____
 SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: _____
 MODALIDAD: _____
 GRADO PERSONAL RECONOCIDO SUPERIOR AL NIVEL DEL PUESTO: _____

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN: _____
 MINISTERIO / ORG. / ENTE: _____
 PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____
 PROV. RESIDENCIA: _____ LOC. RESIDENCIA: _____
 COMPLEMENTO ESPECÍFICO: _____ NIVEL _____

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT: _____
 PERIODO DE _____ A _____
 FECHA DE INICIO DEL 4º MES DE BAJA DE _____ A _____
 FECHA CUMPLIMIENTO 18º MES DE LICENCIA E. _____
 RÉGIMEN DE PREVISIÓN: _____
 DISPOSICIÓN APLICADA: _____

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: _____
 FECHA _____

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN _____
 MOTIVO: _____

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

7. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
 Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Lugar y fecha

Fdo.:



Mº / Org:

L.14

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue:

CONCESIÓN / INICIO
FINALIZACIÓN
ANULACIÓN

1.DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: _____ D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: _____ NRP: _____
 APELLIDOS Y NOMBRE: _____
 TIPO RELACIÓN DE SERVICIOS: _____
 SITUACIÓN LABORAL: _____
 MODALIDAD: _____

2.DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN: _____
 MINISTERIO / ORG. / ENTE: _____
 PROVINCIA: _____ LOCALIDAD: _____
 PROV. RESIDENCIA: _____ LOC. RESIDENCIA: _____
 CONVENIO: _____
 GRUPO PROFESIONAL: _____ ÁREA FUNCIONAL: _____
 CATEGORÍA PROFESIONAL: _____
 ESPECIALIDAD: _____
 COMPLEMENTOS: _____ IMPORTE TOTAL: _____
 COMPLEMENTO TRANSITORIO DE PUESTO: _____ JORNADA: _____

3.DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT: _____
 PERIODO DE _____ A _____
 PRÓRROGA LICENCIA E. NÚMERO _____ DE _____ A _____
 DISPOSICIÓN APLICADA: _____

4.DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS: _____
 FECHA: _____

5.DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE FINALIZACIÓN / ANULACIÓN: _____
 MOTIVO: _____

6.OBSERVACIONES / OTROS DATOS

7.RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha

Fdo.:

ANEXO II

Modelos para el personal docente universitario



UNIVERSIDAD

UN

F.1

ACUERDO DE NOMBRAMIENTO PARA PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el nombramiento cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			
CUERPO O ESCALA:		GRUPO/SUBGRUPO	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:			<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:			<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	<input type="checkbox"/>
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL NOMBRAMIENTO

FORMA DE OCUPACIÓN:	<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:	<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:	<input type="checkbox"/>
FIN DEL PERIODO DE NOMBRAMIENTO (en su caso)	<input type="checkbox"/>
DISPOSICIÓN APLICADA:	<input type="checkbox"/>

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

--

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.3

ACUERDO DE CESE EN EL PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el cese cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		<input type="checkbox"/>
CUERPO O ESCALA:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GRUPO/SUBGRUPO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MODALIDAD:		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROGRAMA DE GASTOS:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO:	NIVEL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL CESE

CAUSA DEL CESE:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DISPOSICIÓN APLICADA:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

--

Lugar y fecha
Ei/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD UN

F.4.R

RESOLUCIÓN DE CESE EN PUESTO DE TRABAJO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el cese en el puesto de trabajo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:
 CUERPO O ESCALA: GRUPO/SUBGRUPO
 SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:
 MODALIDAD:

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:
 UNIVERSIDAD:
 CENTRO DE DESTINO DOCENTE:
 ÁREA DE CONOCIMIENTO:
 DEPARTAMENTO:
 DEDICACIÓN:
 PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:
 LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:
 PROGRAMA DE GASTOS:
 APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL

3. DATOS DEL ACUERDO

FECHA DEL ACUERDO:
 AUTORIDAD QUE ACORDÓ:

4. DATOS DEL CESE

FECHA DEL CESE:
 CAUSA DEL CESE:
 DISPOSICIÓN APLICADA:
 NUEVA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA (en su caso):

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
 El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
 Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
 Lugar y fecha
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
 Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.5.R

ACUERDO Y FORMALIZACIÓN DE CESE Y NOMBRAMIENTO PARA PUESTO DE TRABAJO EFECTUADOS POR LA MISMA AUTORIDAD

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el cese y nombramiento para puesto de trabajo cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		GRUPO/SUBGRUPO	<input type="text"/>
CUERPO O ESCALA:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:			<input type="text"/>
MODALIDAD:			<input type="text"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO EN EL QUE CESA

DENOMINACIÓN:	<input type="text"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="text"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="text"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="text"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="text"/>
DEDICACIÓN:	<input type="text"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="text"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="text"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	<input type="text"/>
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: <input type="text"/> NIVEL <input type="text"/>

3. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO EN EL QUE SE NOMBRA

DENOMINACIÓN:	<input type="text"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="text"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="text"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="text"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="text"/>
DEDICACIÓN:	<input type="text"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="text"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="text"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	<input type="text"/>
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: <input type="text"/> NIVEL <input type="text"/>

4. DATOS DEL CESE Y DE LA TOMA DE POSESIÓN

FECHA DEL CESE:	<input type="text"/>
CAUSA DEL CESE:	<input type="text"/>
FECHA DE LA TOMA DE POSESIÓN:	<input type="text"/>
FORMA DE OCUPACIÓN:	<input type="text"/>
MODALIDAD:	<input type="text"/>
DISPOSICIÓN APLICADA:	<input type="text"/>

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.6

ACUERDO DE CAMBIO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo el cambio de situación administrativa cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
CUERPO O ESCALA:		GRUPO/SUBGRUPO
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:		
UNIVERSIDAD:		
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:		
ÁREA DE CONOCIMIENTO:		
DEPARTAMENTO:		
DEDICACIÓN:		
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:		
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:		
PROGRAMA DE GASTOS:		
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO:	NIVEL

3. DATOS DEL CAMBIO DE SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

FECHA DE EFECTOS	
NUEVA SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:	
MODALIDAD:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO**

Lugar y fecha
Ei/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.7

ACUERDO DE COMISIÓN DE SERVICIOS

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, acuerdo la comisión de servicios cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		<input type="checkbox"/>
CUERPO O ESCALA:	<input type="checkbox"/>	GRUPO/SUBGRUPO <input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:		<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO DE ORIGEN

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO A DESEMPEÑAR EN COMISIÓN

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

4. DATOS DE LA COMISIÓN DE SERVICIOS

PERIODO DE DURACIÓN:	DE <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
PUESTO POR EL QUE SE PERCIBE LA RETRIBUCIÓN:		
DISPOSICIÓN APLICADA:		

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACUERDO

--

Lugar y fecha
Ei/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD UN

F.8.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TRIENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento del trienio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
CUERPO O ESCALA:	[][][][][]	GRUPO/SUBGRUPO [][]
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	[][][][][][][][][][]
UNIVERSIDAD:	[][][][]
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	[][][][]
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	[][][]
DEPARTAMENTO:	[][][][]
DEDICACIÓN:	[][][]
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	[][]
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	[][][]
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL [][]

3. DATOS DEL TRIENIO

FECHA DE VENCIMIENTO	[][][][][][][][][]
TRIENIO QUE SE RECONOCE EN EL GRUPO/SUBGRUPO ACTUAL:	GRUPO/SUBGRUPO [][] NÚMERO [][]
NÚMERO TOTAL DE TRIENIOS (incluido el actual): [][]	
DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS/SUBGRUPOS:	A1 [][] A2 [][] B [][] C1 [][] C2 [][] E [][]
FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS:	CUANTÍA ANUAL:

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.9.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TIEMPO DE SERVICIOS A EFECTOS DEL CÓMPUTO DE TRIENIOS

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento de tiempo de servicio a efectos del cómputo de trienios cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		<input type="checkbox"/>
CUERPO O ESCALA:		<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:	<input type="checkbox"/>	GRUPO/SUBGRUPO <input type="checkbox"/>
MODALIDAD:		<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO

SERVICIOS REFERIDOS A LA FECHA:				
TIEMPO DE SERVICIOS QUE SE RECONOCE:	GRUPO/SUBGRUPO	AÑOS	MESES	DÍAS
	A1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	A2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NUEVO NÚMERO DE TRIENIOS POR GRUPOS/SUBGRUPOS: A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>				
FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS:				
FECHA DE VENCIMIENTO PREVISTA DEL PRÓXIMO TRIENIO				
LEGISLACIÓN APLICADA:				

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.12.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación de sanción (excepto suspensión de funciones) cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			<input type="checkbox"/>
CUERPO O ESCALA:	<input type="checkbox"/>	GRUPO/SUBGRUPO	<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:			<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:			<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

3. DATOS DE LA SANCIÓN

TIPO DE FALTA:	<input type="checkbox"/>
FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN	<input type="checkbox"/>
SANCIÓN IMPUESTA:	<input type="checkbox"/>
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA SANCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS:	
FECHA DE RESOLUCIÓN ADMVA./ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO	<input type="checkbox"/>

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

<p>OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.</p> <p>Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.</p> <p>Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA</p> <p>Fdo.:</p>
--



UNIVERSIDAD

UN

F.13.R

**ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE FUNCIONES
O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN**

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		<input type="checkbox"/>
CUERPO O ESCALA:	<input type="checkbox"/>	GRUPO/SUBGRUPO <input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:		<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE FUNCIONES

FECHA DE IMPOSICIÓN	<input type="checkbox"/>
SANCIÓN IMPUESTA / MEDIDA CAUTELAR:	<input type="checkbox"/>
DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES (en su caso):	AÑOS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> DÍAS <input type="checkbox"/>
FECHAS DE EFECTOS (en su caso):	DESDE <input type="checkbox"/> HASTA <input type="checkbox"/>

4. DATOS DE LA ANULACIÓN

FECHA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE SENTENCIA	<input type="checkbox"/>
CAUSA DE LA ANULACIÓN:	
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

FECHA DE RESOLUCIÓN	<input type="checkbox"/>
CAUSA DE LA CANCELACIÓN:	
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.14.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
CUERPO O ESCALA:		GRUPO/SUBGRUPO
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

TIPO DE FALTA:	
FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES	
TIPO DE SUSPENSIÓN:	
DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN (en su caso):	AÑOS MESES DÍAS
FECHAS DE EFECTOS (en su caso):	DESDE HASTA
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS:
FECHA DE RESOLUCIÓN ADMVA./ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.15.R

RESOLUCIÓN DE JUBILACIÓN

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, declaro la jubilación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:
 CUERPO O ESCALA: GRUPO/SUBGRUPO
 SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:
 MODALIDAD:

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:
 UNIVERSIDAD:
 CENTRO DE DESTINO DOCENTE:
 ÁREA DE CONOCIMIENTO:
 DEPARTAMENTO:
 DEDICACIÓN:
 PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:
 LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:
 PROGRAMA DE GASTOS:
 APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL

3. DATOS DE LA JUBILACIÓN

RÉGIMEN DE PREVISIÓN:
 FECHA DE JUBILACIÓN:
 TIPO DE JUBILACIÓN:
 AÑOS DE SERVICIO O PERIODO DE COTIZACIÓN:
 FECHA DE NACIMIENTO:
 AUTORIDAD QUE DECLARA LA JUBILACIÓN:

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
 El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

F.22.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL DERECHO AL COMPLEMENTO DE DESTINO DE DIRECTOR GENERAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento del derecho a la percepción del complemento de destino, en la cuantía que la Ley de Presupuestos Generales del Estado fije cada año para los Directores Generales, cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		<input type="checkbox"/>
CUERPO O ESCALA:		<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA:		<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:		<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL <input type="checkbox"/>

3. DATOS DEL ALTO CARGO DESEMPEÑADO

DENOMINACIÓN DEL CARGO	PERIODO DE DESEMPEÑO
	DE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	DE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	DE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

4. DATOS DEL RECONOCIMIENTO DEL COMPLEMENTO DE DESTINO

FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS	<input type="checkbox"/>
DISPOSICIÓN APLICADA:	

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

6. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD	UN
-------------	----

F.30.R

MODIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Como consecuencia del acto que se indica en el apartado 4 del presente documento, se ha producido la siguiente modificación en su puesto de trabajo, con efectos de la fecha que asimismo se indica.

1. DATOS DEL FUNCIONARIO/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS: []		
CUERPO O ESCALA: []		
SITUACIÓN ADMINISTRATIVA: []		
MODALIDAD: [] [] [] []		GRUPO/SUBGRUPO []

2. DATOS ANTERIORES DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
UNIVERSIDAD:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
DEPARTAMENTO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
DEDICACIÓN:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
PROGRAMA DE GASTOS:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL []

3. DATOS ACTUALES DEL PUESTO DE TRABAJO

DENOMINACIÓN:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
UNIVERSIDAD:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
DEPARTAMENTO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
DEDICACIÓN:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
PROGRAMA DE GASTOS:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:	COMPLEMENTO ESPECÍFICO: NIVEL []

4. DATOS DE LA MODIFICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

CAUSA-	FECHA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
FECHA DE EFECTOS	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
OBSERVACIONES / OTROS DATOS:	

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

DP.R

ANOTACIÓN DE NUEVO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO O VARIACIÓN DE DATOS PERSONALES

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal, y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. IDENTIFICACIÓN Y DATOS PERSONALES QUE CONSTAN EN EL REGISTRO CENTRAL DE PERSONAL

NIP:	TIPO DE DOCUMENTO APORTADO	DNI <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
NÚMERO:					
APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:				
NOMBRE:					
SEXO:	<input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD:	<input type="text"/>		
FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		
PAÍS:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>		

2. NUEVO DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

TIPO DE DOCUMENTO APORTADO	DNI <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	OTRO <input type="checkbox"/>
NÚMERO:				
FECHA DE PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO:	<input type="text"/>			
CAUSA:				

3. NUEVOS DATOS PERSONALES

APELLIDO 1º:	APELLIDO 2º:			
NOMBRE:				
SEXO:	<input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD:	<input type="text"/>	
DOCUMENTACIÓN APORTADA:				
FECHA DE PRESENTACIÓN:	<input type="text"/>			

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:



UNIVERSIDAD	UN
-------------	----

LD.1.R

BAJA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la baja cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
FIGURA DOCENTE:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA OCUPADO EN EL MOMENTO DE LA BAJA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DE LA BAJA

FECHA DE LA BAJA:	
CAUSA DE LA BAJA:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	
NUEVA SITUACIÓN LABORAL (en su caso):	

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD	UN
-------------	----

LD.2.R

INCORPORACIÓN A PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la incorporación al puesto de trabajo o plaza cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
FIGURA DOCENTE:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA EN QUE CAUSA ALTA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DE LA INCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

FECHA DE LA INCORPORACIÓN:	
FORMA DE OCUPACIÓN:	
MODALIDAD DE OCUPACIÓN:	
SITUACIÓN LABORAL:	
MODALIDAD:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.3.R

RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN DE PRÓRROGA

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la prórroga cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			
FIGURA DOCENTE:			
SITUACIÓN LABORAL:			
MODALIDAD:			

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DE LA CONCESIÓN DE PRÓRROGA

FECHA DE INICIO DE LA PRÓRROGA	
FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA PRÓRROGA	

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.4.R

**BAJA E INCORPORACIÓN A PUESTO DE TRABAJO O PLAZA
EFECTUADOS POR LA MISMA AUTORIDAD**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la baja y la incorporación en los puestos de trabajo o plazas cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:
 FIGURA DOCENTE:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA EN QUE CAUSA BAJA

DENOMINACIÓN:
 UNIVERSIDAD:
 CENTRO DE DESTINO DOCENTE:
 ÁREA DE CONOCIMIENTO:
 DEPARTAMENTO:
 DEDICACIÓN:
 PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:
 LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:
 CONVENIO:
 CATEGORÍA / FUNCIÓN:
 PROGRAMA DE GASTOS: APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA EN QUE CAUSA ALTA

DENOMINACIÓN:
 UNIVERSIDAD:
 CENTRO DE DESTINO DOCENTE:
 ÁREA DE CONOCIMIENTO:
 DEPARTAMENTO:
 DEDICACIÓN:
 PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:
 LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:
 CONVENIO:
 CATEGORÍA / FUNCIÓN:
 PROGRAMA DE GASTOS: APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

4. DATOS DE LA BAJA Y DE LA INCORPORACIÓN

FECHA DE LA BAJA:
 CAUSA DE LA BAJA:
 FECHA DE LA INCORPORACIÓN:
 FORMA DE OCUPACIÓN:
 MODALIDAD DE OCUPACIÓN:
 DISPOSICIÓN APLICADA:

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

6. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.5.R

RESOLUCIÓN DE JUBILACIÓN

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, declaro la jubilación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		<input type="checkbox"/>
FIGURA DOCENTE:		<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN LABORAL:		<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:		<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
CONVENIO:	<input type="checkbox"/>
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: <input type="checkbox"/>

3. DATOS DE LA JUBILACIÓN

FECHA DE JUBILACIÓN:	<input type="checkbox"/>
TIPO DE JUBILACIÓN:	<input type="checkbox"/>
AÑOS DE SERVICIO O PERIODO DE COTIZACIÓN:	
FECHA DE NACIMIENTO:	
AUTORIDAD QUE DECLARA LA JUBILACIÓN:	

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.6.R

ANOTACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación de sanción (excepto suspensión de empleo) cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			<input type="checkbox"/>
FIGURA DOCENTE:			<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN LABORAL:			<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:			<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DE LA SANCIÓN

TIPO DE FALTA:	
SANCIÓN IMPUESTA:	
FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SANCIÓN	
FECHA DE EFECTOS (en su caso):	DESDE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HASTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SANCIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA Y EFECTOS:
FECHA DE RESOLUCIÓN ADMVA./ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha
El/La

<p>OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.</p> <p>Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.</p> <p>Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA</p> <p>Fdo.:</p>
--

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.7.R

ANOTACIÓN DE ANULACIÓN DE SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE EMPLEO
O ANOTACIÓN DE CANCELACIÓN DE SANCIÓN

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			<input type="checkbox"/>
FIGURA DOCENTE:			<input type="checkbox"/>
SITUACIÓN LABORAL:			<input type="checkbox"/>
MODALIDAD:			<input type="checkbox"/>

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	<input type="checkbox"/>
UNIVERSIDAD:	<input type="checkbox"/>
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	<input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO:	<input type="checkbox"/>
DEDICACIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	<input type="checkbox"/>
CONVENIO:	<input type="checkbox"/>
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	<input type="checkbox"/>
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA: <input type="checkbox"/>

3. DATOS DE LA SANCIÓN / SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE EMPLEO

FECHA DE IMPOSICIÓN	<input type="checkbox"/>
SANCIÓN IMPUESTA / TIPO DE SUSPENSIÓN PROVISIONAL DE EMPLEO:	<input type="checkbox"/>
DURACIÓN DE LA SANCIÓN (en su caso):	AÑOS <input type="checkbox"/>
MESES <input type="checkbox"/>	DÍAS <input type="checkbox"/>
FECHAS DE EFECTOS (en su caso):	DESDE <input type="checkbox"/>
HASTA <input type="checkbox"/>	

4. DATOS DE LA ANULACIÓN

FECHA DE LA RESOLUCIÓN ADMINISTRATIVA / EJECUCIÓN DE LA SENTENCIA	<input type="checkbox"/>
CAUSA DE LA ANULACIÓN:	
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

5. DATOS DE LA CANCELACIÓN

FECHA DE RESOLUCIÓN	<input type="checkbox"/>
CAUSA DE LA CANCELACIÓN:	
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	
DISPOSICIÓN APLICADA:	

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.8.R

ANOTACIÓN DE SUSPENSIÓN DE EMPLEO

Conforme a lo previsto en el Reglamento del Registro Central de Personal y según los datos que obran en el expediente del/de la interesado/a, procede la anotación cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:			
FIGURA DOCENTE:			
SITUACIÓN LABORAL:			
MODALIDAD:			

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DE LA SUSPENSIÓN DE EMPLEO

TIPO DE FALTA:	
FECHA DE IMPOSICIÓN DE LA SUSPENSIÓN	
TIPO DE SUSPENSIÓN:	
DURACIÓN DE LA SUSPENSIÓN:	AÑOS <input type="text"/> <input type="text"/> MESES <input type="text"/> <input type="text"/> DÍAS <input type="text"/> <input type="text"/>
FECHAS DE EFECTOS (en su caso):	DESDE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HASTA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
AUTORIDAD QUE RESOLVIÓ:	

4. DATOS DE LA INCIDENCIA EN LA SUSPENSIÓN DE FUNCIONES

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:
FECHA DE LA RESOLUCIÓN ADMVA./ EJECUCIÓN DE SENTENCIA O INTERPOSICIÓN DE RECURSO

5. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

Lugar y fecha
El/La

<p>OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.</p> <p>Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.</p> <p>Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA</p> <p>Fdo.:</p>
--

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.9.R

MODIFICACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Como consecuencia del acto que se indica en el apartado 4 del presente documento, se ha producido la siguiente modificación en su puesto de trabajo, con efectos de la fecha que asimismo se indica.

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
FIGURA DOCENTE:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

2. DATOS ANTERIORES DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS ACTUALES DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

4. DATOS DE LA MODIFICACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

CAUSA-	FECHA
FECHA DE EFECTOS	
OBSERVACIONES / OTROS DATOS:	

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA EL PRESENTE ACTO

--

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD	UN
-------------	----

LD.10.R

RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TRIENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento del trienio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
FIGURA DOCENTE:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DEL TRIENIO

FECHA DE VENCIMIENTO	
NÚMERO DE TRIENIOS	
FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS:	CUANTÍA ANUAL:

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

5. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.11.R

**RESOLUCIÓN DE RECONOCIMIENTO DE TIEMPO DE SERVICIOS
A EFECTOS DEL CÓMPUTO DE TRIENIOS**

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el reconocimiento de tiempo de servicio a efectos del cómputo de trienios cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP:	D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO:	N.R.P.:
APELLIDOS Y NOMBRE:		
TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:		
FIGURA DOCENTE:		
SITUACIÓN LABORAL:		
MODALIDAD:		

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:	
UNIVERSIDAD:	
CENTRO DE DESTINO DOCENTE:	
ÁREA DE CONOCIMIENTO:	
DEPARTAMENTO:	
DEDICACIÓN:	
PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:	
LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:	
CONVENIO:	
CATEGORÍA / FUNCIÓN:	
PROGRAMA DE GASTOS:	APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DEL RECONOCIMIENTO

SERVICIOS REFERIDOS A LA FECHA:	
TIEMPO DE SERVICIOS QUE SE RECONOCE:	AÑOS [] [] MESES [] [] DÍAS [] []
NUEVO NÚMERO DE TRIENIOS (en su caso)	[] []
FECHA DE EFECTOS ECONÓMICOS:	
FECHA PREVISTA DE VENCIMIENTO DEL PRÓXIMO TRIENIO:	[] [] [] [] [] [] [] [] [] []
COMPLEMENTO PERSONAL DE ANTIGÜEDAD:	

4. OBSERVACIONES / OTROS DATOS

--

5. RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN

--

Lugar y fecha
El/La

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.
Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.
Lugar y fecha EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA
Fdo.:

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.14.R

RESOLUCIÓN DE LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede la CONCESIÓN/INICIO
de la licencia / permiso / incapacidad temporal cuyo detalle sigue: FINALIZACIÓN
 ANULACIÓN

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:
 FIGURA DOCENTE:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:

2. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:
 UNIVERSIDAD:
 CENTRO DE DESTINO DOCENTE:
 ÁREA DE CONOCIMIENTO:
 DEPARTAMENTO:
 DEDICACIÓN:
 PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:
 LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:
 CONVENIO:
 CATEGORÍA / FUNCIÓN:
 PROGRAMA DE GASTOS: APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

3. DATOS DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

TIPO DE LICENCIA / PERMISO / IT:
 PERIODO DE A
 DISPOSICIÓN APLICADA:

4. DATOS DE LA INCIDENCIA DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

DESCRIPCIÓN Y EFECTOS:
 FECHA

5. DATOS DE LA FINALIZACIÓN DE LA LICENCIA / PERMISO / INCAPACIDAD TEMPORAL

FECHA DE LA FINALIZACIÓN
 MOTIVO:

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha
El/La

Fdo.:



UNIVERSIDAD

UN

LD.16.R

MODIFICACIÓN POR APLICACIÓN DE NUEVO CONVENIO

En uso de las facultades conferidas y previas las actuaciones reglamentarias oportunas, procede el Alta y Baja por aplicación de nuevo Convenio cuyo detalle sigue:

1. DATOS DEL TRABAJADOR/A

NIP: D.N.I./N.I.E./PASAPORTE/OTRO: N.R.P.:
 APELLIDOS Y NOMBRE:
 TIPO DE RELACIÓN DE SERVICIOS:
 FIGURA DOCENTE:
 SITUACIÓN LABORAL:
 MODALIDAD:

2. DATOS DEL ANTERIOR CONVENIO

CONVENIO:
 CATEGORÍA / FUNCIÓN:

3. DATOS DEL NUEVO CONVENIO

CONVENIO:
 CATEGORÍA / FUNCIÓN:

4. DATOS DEL PUESTO DE TRABAJO O PLAZA

DENOMINACIÓN:
 UNIVERSIDAD:
 CENTRO DE DESTINO DOCENTE:
 ÁREA DE CONOCIMIENTO:
 DEPARTAMENTO:
 DEDICACIÓN:
 PROVINCIA DEL CENTRO DOCENTE:
 LOCALIDAD DEL CENTRO DOCENTE:
 CONVENIO:
 CATEGORÍA / FUNCIÓN:
 PROGRAMA DE GASTOS: APLICACIÓN PRESUPUESTARIA:

5. DATOS DE LA MODIFICACIÓN

FECHA DE EFECTOS:
 DISPOSICIÓN APLICADA:

6. OBSERVACIONES / OTROS DATOS**7. RECLAMACIONES O RECURSOS QUE PROCEDEN CONTRA LA PRESENTE RESOLUCIÓN**

OFICINA DELEGADA DEL R.C.P.

Cumplimentado lo establecido sobre la preceptiva
 comunicación al Registro Central de Personal.

Lugar y fecha
 EL/LA JEFE/A DE LA OFICINA DELEGADA

Fdo.:

Lugar y fecha
 El/La

Fdo.:

ANEXO III

INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN DE LOS MODELOS DE IMPRESOS

- 1 El Modelo F17R se utilizará para comunicar al Registro Central de Personal (en adelante RCP) la concesión de Licencias o Permisos y las anotaciones de inicio y fin de Incapacidad Temporal para el personal funcionario bajo régimen especial de Seguridad Social (MUFACE) y para el personal funcionario bajo régimen general de Seguridad Social.

En el caso de utilizarse para comunicar al RCP los diferentes momentos de la incapacidad temporal, se indicará en el campo del apartado 3 "Tipo de Licencia / Permiso / IT:" el concepto "L1 Licencia por enfermedad" o el concepto "IT Anotación de Incapacidad Temporal", dependiendo de su adscripción al régimen especial de Seguridad Social (MUFACE) o al régimen general de Seguridad Social, respectivamente.

- 2 El Modelo L14R se utilizará para comunicar al RCP la concesión de Licencias o Permisos y las anotaciones de inicio y fin de Incapacidad Temporal para personal laboral.

En el caso de utilizarse para comunicar al RCP los diferentes momentos de la incapacidad temporal, se indicará en el campo del apartado 3 "Tipo de Licencia / Permiso / IT:" el concepto "IT Anotación de Incapacidad Temporal".

3. Se cumplimentarán con una X las cajas "CONCESION/INICIO" o "FINALIZACION" para indicar el comienzo o el fin de la incapacidad temporal, respectivamente.
- 4 En el campo de OBSERVACIONES se podrán indicar las aclaraciones que se consideren oportunas, pudiendo ser pertinente para los casos de incapacidad temporal, la siguiente:

Aplicación del artículo 9 del Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio.

- 5 Siempre que se comunique una incidencia o el fin de una licencia o de una baja por situación IT, se deberá cumplimentar, además, en el apartado 3, la fecha de inicio de la misma, para su correcta identificación.

El resto de la gestión de las licencias por la situación de incapacidad transitoria se seguirá realizando en la forma habitual, mediante la remisión de los partes de confirmación o prórroga y, en su caso, de los modelos F17y L14.