Nom: Cognoms:

DNI o passaport: Professor/a del Departament:

Correu electrònic:

SOL·LICITO: El permís de paternitat en el període/s següent/s:

*(marqueu l’opció que escolliu)*

* En cinc setmanes consecutives: des del dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* En quatre setmanes consecutives des del dia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, i la darrera setmana des del dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* En deu setmanes consecutives (En el supòsit de temps parcial) : des del dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barcelona, \_\_\_\_d\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20

CAP DE PERSONAL ACADÈMIC (Pavelló Rosa – codi orgànic PR341)