

D/D^a _____, con D.N.I. Núm. _____, y
Número de Registro de Personal _____, con domicilio a efecto de
notificaciones en _____,
Localidad: _____, Código Postal _____, Provincia:
_____, que ejerce su actividad docente en el Centro: _____
_____ de _____, Provincia de _____.

EXPONE

PRIMERO.- Que pertenece al Cuerpo de _____.

SEGUNDO.- Que pertenece al Régimen de protección de _____.

TERCERO.- Que considera que está incapacitado para la actividad docente porque _____

(Especifíquese la lesión o proceso patológico, somático o psíquico que esté estabilizado y sea irreversible o de remota o incierta reversibilidad) cuya lesión o proceso le imposibilita totalmente para el desempeño de las funciones propias de su Cuerpo y puesto.

CUARTO.- Que acompaño a la presente solicitud _____

(Informe médico pertinente, descriptivo de la enfermedad padecida e Historial médico o clínico, emitido por facultativo perteneciente a la Seguridad Social o a entidad médica concertada con MUFACE, según el tipo de asistencia sanitaria al que esté acogido).

En base a todo lo expuesto,

SOLICITA

Que se inicie el procedimiento de jubilación por incapacidad permanente para el servicio, conforme a lo establecido en la Resolución de 29 de diciembre de 1.995, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública, por la que se modifican los procedimientos de jubilación del personal civil incluido en el ámbito de cobertura del Régimen de Clases Pasivas del Estado (BOE núm. 10, de 11/01/96).

(Lugar, fecha y firma)