

SOLICITUD DE VACACIONES

|  |
| --- |
| **Fecha: Nombre y apellidos del****trabajador NIF:** **FIRMA:**  |
| **PERÍODO DE TIEMPO QUE SE SOLICITA:** |  |
|  | **Nº de días** |
| **DE / /**  |  |
| **A / /**  |  |
|  | **Nº de días** |
| **DE / /**  |  |
| **A / /**  |  |
| **Madrid, a / /**  **Nombre y firma del Nombre y firma por la jefe de grupo y/o responsable FIBHULP** |

Pº Castellana 261

28046 Madrid

Tel: 91 727 75 76

Fax: 91 207 10 61

E-mail: fundacion.hulp@salud.madrid.org.