EPET Nº 30

PEDIDO DE FRANQUICIA MÉDICA 2026

APELLIDO Y NOMBRE: _____ DNI Nº: _____ EMPLEADO: _____.

POR AGENTE

DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	DÍA 6
Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25
CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:

POR HIJO

DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DÍA 4	DÍA 5	DÍA 6
Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25	Ausente …….. / …….. / 25
CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:

OBSERVACIONES:_____

POR HIJO

DÍA 7	DÍA 8	DÍA 9	DÍA 10	DÍA 11	DÍA 12
Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25
CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:

POR HIJO

DÍA 13	DÍA 14	DÍA 15	DÍA 16	DÍA 17	DÍA 18
Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25	Ausente …… / …… / 25
CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud:	CERTIFICADO / CONSTANCIA **SI / NO** Firma Dirección: Firma Docente : Fecha solicitud: