

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.](mailto:fundacion.hulp@salud.madrid.org)