

**Mod. DP 36 AYUDA POR GASTOS EN LA RENOVACION  
PERMISO DE CONDUCIR**

Área de Recursos Humanos

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Datos del/de la trabajador/a:**

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ nº R.P.T Catálogo del Puesto de Trabajo: RPT Nº \_\_\_\_\_ y Catálogo \_\_\_\_\_

Tipo permiso de conducción y clase \_\_\_\_\_ Fecha validez hasta: \_\_\_\_\_

Unidad o Servicio: \_\_\_\_\_ Situación Laboral: \_\_\_\_\_

Antigüedad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Funcionario/a: ☐

Laboral: ☐

**EXPONE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Le sean abonados los gastos por renovación del permiso de conducción.

Firma del/de la solicitante,

**Documentos adjuntos:**

(marcar con X)

☐  
☐

Factura de \_\_\_\_\_

Copia permiso conducción renovado \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informe del/de la Jefe/a del Servicio de desempeño de funciones:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Informa que el trabajador, cuyos datos figuran en la solicitud,  
realiza las tareas de \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conforme:

El/La Concej/a Delegado/a

Firma,

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

**Mod. DP 36 AYUDA POR GASTOS EN LA RENOVACION  
PERMISO DE CONDUCIR**

Área de Recursos Humanos

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Datos del/de la trabajador/a:**

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ nº R.P.T Catálogo del Puesto de Trabajo: RPT Nº \_\_\_\_\_ y Catálogo \_\_\_\_\_

Tipo permiso de conducción y clase \_\_\_\_\_ Fecha validez hasta: \_\_\_\_\_

Unidad o Servicio: \_\_\_\_\_ Situación Laboral: \_\_\_\_\_

Antigüedad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Funcionario/a: ☐

Laboral: ☐

**EXPONE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SOLICITA:** Le sean abonados los gastos por renovación del permiso de conducción.

Firma del/de la solicitante,

**Documentos adjuntos:**

(marcar con X)

☐  
☐

Factura de \_\_\_\_\_

Copia permiso conducción renovado \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Informe del/de la Jefe/a del Servicio de desempeño de funciones:**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Informa que el trabajador, cuyos datos figuran en la solicitud,  
realiza las tareas de \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Conforme:

El/La Concejal/a Delegado/a

Firma,

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

SR. ALCALDE-PRESIDENTE

ES COPIA