

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SEXENIOS

1 DATOS PERSONALES PROFESOR/A					
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre	
DNI / Documento análogo extranjeros			Grupo: PERSONAL LABORAL DOCENTE. PROFESOR/A RELIGION		
Domicilio (Calle/Plaza)					
Código Postal		Provincia		Localidad	
Dirección de correo electrónico			Teléfono		Teléfono 2

2 DECLARA	
Declara que: a) Cumple las condiciones de normal desarrollo de su actividad docente . b) Ha realizado las horas de formación requeridas, de las que adjunta justificación. c) En consecuencia cumple todos los requisitos previstos en el Acuerdo del Consejo de Ministro del 11 de octubre de 1991 y las Instrucciones de 16 de septiembre de 2013. Sentencia nº 199/2014 de la Sala Social de la Audiencia Nacional de fecha 16 de diciembre de 2014, ratificada por el Tribunal Supremo con fecha de 9 de febrero de 2016, en el procedimiento 297/2014. d) De acuerdo con el plan de la Subdirección General de Personal del MECD, presentado a los Sindicatos el día 12/12/2017.	

3 SOLICITA	
Por ello, solicita que: 1. Se tenga por admitida la presente instancia al efecto del reconocimiento de sexenio/s. 2. La percepción de la cuantía correspondiente al sexenio o a los sexenios y con la retroactividad legal correspondiente, de acuerdo con la normativa que le sea de aplicación.	

4 LUGAR, FECHA Y FIRMA	
La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en este documento, así como en la documentación adjunta, en su caso. En, a de de EL/LA INTERESADO/A Fdo.:	

SR. SUBDIRECTOR GENERAL DE PERSONAL. MECD.
C/ Alcalá 36, 4ª Pta. 28014. MADRID