

ANEXO III

**SOLICITUD DE EXCEDENCIA POR INCOMPATIBILIDAD**

**NOMBRE:**

**NIF/NIE:**

**CORREO ELECTRÓNICO PARA  
NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA:**

**TELÉFONO:**

**CATEGORÍA:**

**PUESTO DE LA AMAS QUE  
DEJA EN EXCEDENCIA:**

**CENTRO:**

**MANIFIESTO**

Que acompaño a la presente, copia del CONTRATO o NOMBRAMIENTO del que trae causa esta solicitud y DECLARO, a este efecto, encontrarme desempeñándolo (Servicio Activo). En virtud de ello y conforme al Art. 166 del actual CONVENIO COLECTIVO para el Personal Laboral de la Comunidad de Madrid.

**SOLICITO**

Excedencia por incompatibilidad con efectos de fecha del día 13 de marzo de 2025.

Y para que conste y surtan los efectos oportunos,

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

FIRMA

<b>DESTINATARIO</b>	
---------------------	--