

SOLICITUD DE PERMISO DE LACTANCIA

- Reducción de jornada de 1 hora hasta que el niño cumpla 9 meses
- Permiso de 1 mes a disfrutar a continuación del permiso de maternidad o paternidad

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE		D.N.I.
DOMICILIO	C.P.	LOCALIDAD
HOSPITAL Y UNIDAD / SERVICIO:		
CATEGORÍA		

DATOS RELATIVOS AL MENOR Y A LA BAJA MATERNAL:

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A:	
FECHA FINALIZACION BAJA MATERNAL:	
PERMISO DE LACTANCIA (1 MES):	Desde _____ Hasta _____
FECHA EN LA QUE EL NIÑO/A CUMPLE 9 MESES:	

El solicitante abajo firmante manifiesta que cumple los requisitos establecidos en la normativa vigente para acogerse a este derecho.

En Albacete, a ____ de _____ de 200__.



Vº Bº EL RESPONSABLE
DEL SERVICIO

Firmado: _____
(El/La interesado/a)

Firmado: _____

SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO Y UNIVERSITARIO DE ALBACETE

JUNTO A LA PRESENTE SOLICITUD, SE ACOMPAÑARÁ:

-  Fotocopia del Libro de Familia o documento acreditativo del grado familiar expedido por el Registro Civil.
-  Declaración jurada del cónyuge del solicitante en la que manifiesta que no disfruta del derecho que ahora se solicita