

SOLICITUD DE PERMISO DE LACTANCIA ACUMULADO

DATOS PERSONA SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE

DNI

--	--

CATEGORÍA

CORREO ELECTRÓNICO

--	--

CENTRO DE TRABAJO

TELÉFONO CONTACTO

--	--

DATOS RELATIVOS AL PERMISO (Acumulación de una hora de permiso por cada día de trabajo efectivo hasta que el hijo/a cumpla 12 meses):

FECHA NACIMIENTO HIJO	
FECHA FINALIZACIÓN DESCANSO MATERNAL	
FECHA INICIO PERMISO LACTANCIA ACUMULADO	

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:

	LIBRO DE FAMILIA
	DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO SOLICITAR EXCEDENCIA NI PERMISO SIN SUELDO HASTA QUE EL NIÑO/A CUMPLA 12 MESES.

La persona solicitante declara que son ciertos los datos que se hacen constar en la presente solicitud.

Castellón, a de de 20

Fdo.:
DNI

GERENCIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN