

SOLICITUD DE PERMISO DE LACTANCIA ACUMULADO

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE

DNI

--	--

CATEGORÍA

--

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	
FECHA FIN PERMISO LACTANCIA ACUMULADO	

REDUCCIÓN DE JORNADA CON DEDUCCIÓN RETRIBUTIVA HASTA EL CUMPLIMIENTO DE LOS 12 MESES DEL NIÑO.

NO LA VOY A SOLICITAR

SI LA VOY A SOLICITAR CON UN PORCENTAJE DEL.....%

- DESDE EL INICIO DE LA LACTANCIA ACUMULADA. (Se aplicara el porcentaje de reducción de jornada desde el principio del permiso).
- DESPUES DE LA LACTANCIA ACUMULADA. (Debe establecer el porcentaje de reducción de jornada en el momento de la solicitud de la lactancia para aplicar la minoración proporcional de la misma.)

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA:

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

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

Castellón, a de de 20

Fdo.:
DNI

VºBº
EL JEFE DE SERVICIO

SR. GERENTE DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE CASTELLÓN