



SOLICITUD DE PERMISO DE LACTANCIA

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE:		Nº. D.N.I.
DOMICILIO	C.P.	LOCALIDAD y PROVINCIA
CENTRO DE TRABAJO	SERVICIO / UNIDAD EN LA QUE TRABAJA	
CATEGORÍA		

DATOS RELATIVOS AL MENOR Y AL DESCANSO MATERNAL:

FECHA DEL INICIO DEL DESCANSO MATERNAL	
FECHA FINALIZACION DE DESCANSO MATERNAL	
EN CASO DE PARTO MULTIPLE O ADOPCION MULTIPLE, INDICAR EL NÚMERO DE HIJOS	
TIPO DE PERMISO: <input type="checkbox"/> Reducción de jornada de 1 hora (por hijo) hasta que el niño cumpla 12 meses. Fecha en la que el niño/s cumple 12 meses: _____ <input type="checkbox"/> Permiso de 1 mes (por hijo) a disfrutar a continuación del permiso de maternidad o paternidad. Permiso desde _____, hasta _____	

El solicitante abajo firmante manifiesta que son ciertos los datos que se hacen constar en la presente solicitud.

En Toledo a _____ de _____ de 200__

Fdo.:

SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE TOLEDO