

## SOLICITUD DE ACUMULACIÓN DE HORAS POR LACTANCIA MATERNA

D/Dña \_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_  
, con domicilio a efectos de notificación en la calle o avenida \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_, n° de teléfono \_\_\_\_\_, con  
destino en (Servicio, Delegación, Institución o Centro y localidad) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ en Cuerpo/ Escala  
de \_\_\_\_\_ y Categoría/ Grupo o Clase  
\_\_\_\_\_.

**SOLICITA** por la presente **LA ACUMULACIÓN DE HORAS POR LACTANCIA  
MATERNAL EN 4 SEMANAS**, inmediatamente posterior a la conclusión del permiso por  
parto.

Se adjunta la fotocopia compulsada del libro de familia y certificado acreditativo del  
cónyuge, de no haber solicitado dicho permiso en su puesto de trabajo.

En Cáceres a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 201\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_