

## SOLICITUD DE PERMISO POR LACTANCIA PARA CUIDADO DE HIJO/A MENOR DE 12 MESES

**Normativa:**

1. Art. 49 del R.D. Legislativo 5/2015, texto refundido de la Ley del EBEP.
2. Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación.

### 1. DATOS PERSONALES Y LABORALES DE LA PERSONA INTERESADA

Nombre y apellidos			
DNI		Teléfono	
Categoría			
Centro de trabajo			
Domicilio			
Localidad		C. Postal	
Correo electrónico (preferentemente corporativo)			

### 2. DATOS DEL PERMISO

Fecha Inicio:	__/__/__	Fecha de reincorporación:	__/__/__
<b>Supuestos contemplados:</b>			
Acumulación en jornadas completas	Reducción de una hora diaria al comienzo de la jornada		
Reducción de una hora de __: __h a __: __h	Reducción de una hora diaria al final de la jornada		
Reducción de una hora en dos fracciones: De __: __h a __: __h De __: __h a __: __h	Reducción de media hora diaria al comienzo y media hora diaria al final de la jornada.		

### 3. DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA QUE APORTAR SEGÚN PROCEDA

Copia del libro de familia
Otros:

En ..... a ..... de ..... de 20....

Fdo.

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DE ÁREA DE SALUD DE CÁCERES**

\*La presente solicitud admite su presentación por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16.4 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

\*Se enviará una copia de la correspondiente resolución al correo electrónico indicado en la solicitud.