

SOLICITUD EN MATERIA DE:

**Permiso por lactancia**

**INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- Sentido del silencio: estimatorio
- Plazo: 10 días hábiles
- El vencimiento del plazo máximo sin haberse notificado resolución expresa, legitima al interesado para entenderla estimada por silencio administrativo (art. 24.1 de la Ley 39/2015)

**1.- DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL EMPLEADO PÚBLICO**

NOMBRE:			
DNI:		TELÉFONO:	
CATEGORÍA PROFESIONAL:			
CENTRO DE TRABAJO:			
DOMICILIO NOTIFICACIÓN:			
LOCALIDAD:		C. POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO: (preferentemente corporativo)			

**2.- OPCIÓN (marcar lo que proceda)**

- ACUMULACIÓN EN JORNADAS COMPLETAS** por el tiempo correspondiente. Si se cesara en la prestación de servicios antes de finalizar el período originario del permiso, los doce meses de edad del menor, se efectuará la reducción de haberes que corresponda por el período no trabajado que se computó en su momento para efectuar la acumulación.
- REDUCCIÓN DE LA JORNADA DIARIA** Una hora de ausencia del trabajo, que podrá dividirse en dos fracciones. Podrá sustituirse por una reducción de la jornada normal en media hora al inicio y al final de la jornada, o en una hora al inicio o al final de la jornada.
- RENUNCIA AL PERMISO POR LACTANCIA.**

**3.-RENUNCIA DEL OTRO PROGENITOR**

NOMBRE:	
Manifiesto que no he solicitado ni solicitaré el derecho al permiso por lactancia.	
Firma:	

**4.- DATOS DEL DESCANSO MATERNAL**

INICIO DESCANSO MATERNAL:		FINALIZACIÓN DESCANSO MATERNAL:	
---------------------------	--	---------------------------------	--

**5.- DOCUMENTACIÓN A APORTAR**

- Fotocopia compulsada del libro de familia COMPLETO (desde la página 1 hasta la del hijo menor)
- Copia de la Resolución del órgano competente donde conste el inicio y finalización del permiso por parto, en caso de que no se encuentre en poder de esta Administración.

FECHA:

FIRMA DEL SOLICITANTE:

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**  
Avda. de Huelva, 8 – 06005 BADAJOZ