

**SOLICITUD EN MATERIA DE: PERMISO POR LACTANCIA**

ÓRGANO COMPETENTE PARA RESOLVER: GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD  
INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO AL DORSO DE ESTE DOCUMENTO

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

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

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

**ACUMULACIÓN EN JORNADAS COMPLETAS** - **Fecha inicio disfrute del permiso:**

- Esta modalidad se podrá disfrutar **únicamente a partir de la finalización** del permiso por nacimiento, adopción, guarda, acogimiento o del progenitor diferente de la madre biológica respectivo.

- Duración máxima en la opción de acumulación, en el caso de que se haya disfrutado el permiso por nacimiento de manera ininterrumpida y sea consecutivo al mismo: **28 días**, que se incrementará proporcionalmente en caso de parto o adopción múltiple. **En caso de nombramiento temporal de duración determinada**, se acumularán en días, las horas correspondientes a ese nombramiento, sin perjuicio de que pueda realizar nueva solicitud con ocasión de nuevo/s nombramiento/s.

- La duración se calcula en proporción desde la fecha del inicio del disfrute **hasta que el menor cumpla los 12 meses**. Cuanto más cerca esté la fecha en que cumple 12 meses, corresponderán menos días de permiso.

- 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 computa 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.

**DECLARACIÓN RESPONSABLE.-** De conformidad con el art. 69.1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el solicitante manifiesta, bajo su responsabilidad, **que cumple con los requisitos establecidos** en la normativa vigente para obtener el reconocimiento al permiso por lactancia y su disfrute se produce **una vez finalizado en su totalidad el permiso por nacimiento**.

FECHA:

FIRMA (manuscrita o electrónica):

Presentación de esta documentación en formato físico:

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ**

Avda. de Huelva, 8 – 06005 BADAJOZ

Presentación de esta documentación por el Registro Electrónico de la Junta de Extremadura:

El código de la unidad de destino es **A11030146**

## SOLICITUD EN MATERIA DE: **PERMISO POR LACTANCIA**

### INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### ÓRGANO COMPETENTE PARA RESOLVER

Gerencia del Área de Salud

#### SENTIDO DEL SILENCIO Y PLAZO DE RESOLUCIÓN

Estimatorio. 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)

#### NORMATIVA DE APLICACIÓN

Real Decreto-Ley 6/2019, de 1 de marzo; Ley 55/2003, de 16 de diciembre; Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre; Decreto 189/2004, de 14 de diciembre; Decreto 149/2013, de 6 de agosto; Instrucciones de la Secretaría General del SES de 8 de mayo de 2013; sin perjuicio del resto de normativa que sea de aplicación.

#### DOCUMENTACIÓN A APORTAR

Certificación del Registro Civil de nacimiento del menor (si no lo ha presentado anteriormente, con ocasión del permiso por maternidad / paternidad).

#### MEDIOS DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES

- [Oficinas de Asistencia a la Ciudadanía](#)
- [Registro Electrónico Junta de Extremadura](#) (SEDE ELECTRÓNICA)
- [Registro Electrónico Administración del Estado](#)

(las dos últimas, con certificado electrónico, DNI-E o sistema CLAVE). Si se presenta por registro electrónico, adjuntar este documento firmado por el/la solicitante.

Si presenta esta solicitud por el **Registro Electrónico** de la Junta de Extremadura, deberá cumplimentarla, guardarla en su equipo informático y dirigirla de la siguiente forma.

**UNIDAD DE DESTINO**.- En el apartado “Si conoce el código DIR3 de la unidad a la que desea dirigir el escrito o solicitud, señale esta opción e indíquelo en la casilla correspondiente” debe ponerse el código DIR3 de la Dirección de Recursos Humanos del Área de Badajoz, que es: **A11030146**,

o bien

CONSEJERÍA:

**Vicepresidencia Segunda Y Consejería De Sanidad Y Servicios Sociales**

CENTRO DIRECTIVO/ORGANISMO:

**Servicio Extremeño de Salud (SES).**

UNIDAD NIVEL 1:

**Gerencia de Áreas de Salud**

UNIDAD NIVEL 2

**Gerencia de Área de Salud de Badajoz**

UNIDAD NIVEL 3

**Dirección de Recursos Humanos Badajoz**

#### PROTECCIÓN DE DATOS

Advertencia legal.- El tratamiento o cesión de los datos de carácter personal contenidos en esta solicitud o en los documentos adjuntos, deberá realizarse respetando las medidas de seguridad establecidas en la **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre**, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales; la **Resolución de 14 de junio de 2021**, de la Dirección Gerencia, por la que se aprueba la política de privacidad y seguridad de la información del Servicio Extremeño de Salud y normas de desarrollo.