

PERMISO LACTANCIA

Datos del solicitante	Nombre y Apellidos	
	Categoría Profesional	Unidad
SOLICITUD	<p>Que con fecha, finaliza el descanso obligatorio postnatal, y deseando hacer uso del período de lactancia, regulado en el Acuerdo de Vacaciones y permisos del Personal de Instituciones Sanitarias del Servicio Cántabro de Salud, SOLICITO acogerme a dicho beneficio en la forma que se señala a continuación (1):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de una hora durante la jornada laboral. • Reducción de la jornada laboral en una hora al inicio de la jornada. • Reducción de la jornada laboral en una hora al final de la jornada. <p>Teniendo en cuenta que el parto fue el día _____, me corresponde hacer uso del período de lactancia hasta el _____, en que se cumplen los 12 meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acumulación del permiso por lactancia a continuación del permiso por maternidad. Desde _____ hasta _____ 	
	<p>Documentación que se acompaña</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia Libro de familia 	

En Santander, a dede 202

SR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSP. U. "MARQUES DE VALDECILLA"