

PERMISO LACTANCIA

Datos del solicitante	Nombre y Apellidos		NIF
	Categoría Profesional	Unidad	
SOLICITUD	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): ☐ 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. 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. ☐ Acumulación del permiso por lactancia a continuación del permiso por maternidad. Desde....., hasta		
Documentación que se acompaña	☐ Fotocopia Libro de familia.		

En Santander, a de..... de 202

Fdo.:

SR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIV. "MARQUES DE VALDECILLA"