**PERMISO DE LACTANCIA**

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

NOMBRE:

D.N.I.:

CATEGORIA:

SERVICIO:TELEF. SERV.:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:       C. POSTAL:

TELEFONOS:

 **EXPONE:**

Que por tener hijo/a en periodo de lactancia menor de 12 meses.

 **SOLICITA:**

El ausentarse del centro de trabajo durante una hora por motivos de **LACTANCIA** , a partir del día    /    /   .

Hora de inicio de la ausencia       Hora fin de la ausencia

 San Javier, a 17 de abril de 2015

 FIRMA,

**DIRECCIÓN GERENCIA UNICA AREA VIII MAR MENOR.**

**Paraje Torre Octavio, s/nº**

**Pozo Aledo, s/nº - San Javier**

**Murcia.**