ANEXO 13

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**SOLICITUD HORARIO DE LACTANCIA**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calidad Jurídica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Solicito autorización para hacer uso del horario de lactancia de acuerdo con lo estipulado en la normativa vigente, según la siguiente distribución:

**\*JORNADA** (MARCAR CON UNA X).

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_ DIURNA** |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_ 4° TURNO** |

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_ OTRO** |

|  |
| --- |
| **DISTRIBUCIÓN** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DISTRIBUCIÓN** |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **DISTRIBUCIÓN** |
|  |
|  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA FUNCIONARIO VºBº FIRMA Y TIMBRE

 JEFATURA DIRECTA

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 VºBº VºBº

 SUB. GESTIÓN Y DES. DE LAS PERSONAS DIRECTOR HOSPITAL DE SANTA CRUZ