



LACTANCIA ACUMULADA

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNITELÉFONO:

NOMBRE DEL NIÑO/A.....

FECHA NACIMIENTO DEL NIÑO/A.....

☐ PARTO MÚLTIPLE: Número de hijos/as☐ **Lactancia:** Una hora de reducción de la jornada normal diaria por hijo/a.

o

☐ **Lactancia acumulada:** En el caso de ejercer esta opción acumulada, su duración será de **veintiocho días hábiles por cada causante**. Únicamente se prorratearán si en la solicitud indican periodos de absentismos, hasta el cumplimiento de los 12 meses del causante.

Si se va a solicitar algún permiso, licencia o excedencia que suponga la no prestación de servicios por un periodo concreto antes de que el hijo/hija cumpla 12 meses debe hacerse constar, por escrito junto a esta solicitud, para el cálculo correcto de la lactancia acumulada.

Si no se hace así y posteriormente se procede a ese tipo de solicitud, el periodo de lactancia disfrutado deberá ser ajustado con el consiguiente reintegro de las retribuciones en los días de exceso disfrutados.

Excedencia:

Vacaciones:

Permiso:

Licencia:

Fecha:

Firma de la persona solicitante: