****

**SOLICITUD DE LICENCIA POR MATERNIDAD Y LACTANCIA**

|  |  |
| --- | --- |
|  | FECHA:   /  /     |

**Solicitud de Licencia:**  Por maternidad [ ]  Por lactancia [ ]

|  |
| --- |
| **DATOS PERSONALES** |
| APELLIDOS: |       |
| NOMBRES: |       |
| C.I: |       | TELÉFONO: |       |
| CELULAR: |       | CORREO ELECTRONICO: |       |

**Vinculo Laboral:** Docente [ ]  No Docente [ ]  Pasante/Becario **[ ]**

**Fecha de inicio de la licencia por maternidad** **/  /**

**Licencia por maternidad se debe adjuntar:**

* Certificado del ginecólogo tratante con fecha probable de parto
* En caso de adelanto del parto adjuntar certificación de fecha de nacimiento

**Licencia por lactancia se debe adjuntar\*:**

* Constancia de la fecha de nacimiento (C.I o partida de nacimiento)
* Constancia médica de amamantamiento
* Certificado de horarios

**\*La licencia por lactancia se autorizará hasta que él bebe cumpla los seis meses. Las renovaciones que superen los seis meses deberán solicitarse mes a mes y adjuntar constancia de amamantamiento de médico tratante.**

|  |
| --- |
| OBSERVACIONES: |
|       |

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Firma |  | Aclaración de firma |

**PROGRAMA GESTIÓN HUMANA** FECHA:   /  /

Se autoriza licencia por maternidad del   /  /     al   /  /    .

Se autoriza medio horario por lactancia en el período del   /  /     al   /  /    .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Repartición | Grupos/Cargos | Horas  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

OyM44818

**Prof. Elina Pírez Gino**

**Jefe de Departamento Registro y Control**