

FECHA DE ELABORACIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADO(A):	_____
FECHA DE INGRESO :	_____
PUESTO DEL EMPLEADO(A):	_____
AREA DE ADSCRIPCIÓN:	_____
RFC:	_____
NÚMERO DE EMPLEADO(A):	_____

**POR MEDIO DEL PRESENTE, ME PERMITO INFORMAR AL DEPARTAMENTO DE CAPITAL HUMANO QUE ME DISPONGO A DISFRUTAR MI PERIODO DE LACTANCIA.**

**\*\*Se anexa acta de nacimiento del infante\*\***

\_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

al

\_\_\_\_\_  
dd/mm/aaaa

**AL TÉRMINO DE ESTE PERIODO (6 MESES CUMPLIDOS DEL INFANTE) ME REINCORPORO EN EL HORARIO ESTABLECIDO POR EL INSTITUTO**

NOMBRE Y FIRMA DEL  
EMPLEADO

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

Vo.Bo. DEPARTAMENTO DE  
CAPITAL HUMANO