



JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE HORA DE LACTANCIA O DÍAS POR MATERNIDAD



Unidad: O.P.D. H.G.Z. C.V.N. C.V.S. C.V.F. C.V. Villa de Gpe. C.V. Sta Lucía C.V. Niña Eva

DATOS DEL SERVIDOR PÚBLICO

ZAPOPAN JAL. A _____ DE _____ DE 20 _____

Nombre: _____

Nº de Empleado: _____ Puesto del Empleado: _____

Categoría: _____

Horario vigente: _____

Días de descanso: _____

Categoría: Base Confianza Supernumerario

INFORMACIÓN DE LA INCAPACIDAD

PERIODO DE INCAPACIDAD DE MATERNIDAD

INICIO: _____ TERMINO: _____

NO. DE INCAPACIDAD: _____ *NOTA: ANEXAR COPIA DE LA INCAPACIDAD Y SOLICITUD PERSONAL*

USO EXCLUSIVO DE RECURSOS HUMANOS

DÍAS POR MATERNIDAD (SOLO PARA PERSONAL DE BASE Y CONFIANZA)

SE AUTORIZA LOS 6 DÍAS PARA COMPLETAR LOS 90 DÍAS CONFORME A LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO ART 86 PRIMER PARRAFO.

INICIO: _____

TERMINO: _____

HORA DE LACTANCIA

SE AUTORIZA CONFORME AL LAS CONDICIONES GENERALES DE TRABAJO ART 86 SEGUNDO PARRAFO.

ENTRADA: SALIDA:

HORARIO DEL TRABAJADOR: _____

NOTA: AL LLENADO DE ESTE SERÁ LA AUTORIZACIÓN, ENTREGANDO AL EMPLEADO COPIA DE ESTÁ MISMA.

ART. 86. Las mujeres durante el embarazo, no realizarán trabajos que exijan un esfuerzo considerable o signifiquen un peligro para su salud, en relación con la gestación; gozarán siempre de noventa días de descanso, pudiendo ser treinta días antes de la fecha que aproximadamente se fija para el parto, y sesenta días más, después del mismo; durante estos períodos percibirán el sueldo íntegro que les corresponda. Lo anterior, independientemente de que la autoridad encargada de expedir las incapacidades, les otorgue o no en el momento acertado. Ese lapso se considerará como tiempo efectivo de trabajo. Durante los primeros seis meses o partir de la fecha de reanudación de labores, las madres tendrán derecho a un descanso extraordinario por cada tres horas de trabajo, en la inteligencia de que aquellas, con jornadas de seis horas y media o menos, disfrutarán de un solo descanso de media hora, para alimentar a sus hijos, así como gozar del derecho al uso de un espacio adecuado donde pueden extraer su leche materna.

FIRMAS

SERVIDOR PÚBLICO

VO. BO.

NOMBRE Y FIRMA

NOMBRE Y FIRMA JEFE INMEDIATO

AUTORIZA

RECIBIDO

NOMBRE Y FIRMA DE RECURSOS HUMANOS

JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS

ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO SIN FALTAR NINGÚN DATO, CON TINTA AZUL