



MINISTERIO
DE SALUD

FORMULARIO DEL DERECHO A LACTAR

Sr. _____
(Empleador)

Yo _____, mayor de edad, empleada,
portadora de mi Documento Único de Identidad número: _____;
desempeñándome como: _____, con funciones de (en su caso): _____.
realizando dichas funciones en: _____, a
usted, MANIFIESTO:

Que el día (mes y año), _____ a las _____, en _____, di a luz a:
_____, lo cual compruebo con la copia de la Certificación del
Asiento de Partida de Nacimiento número _____, y que me fue extendida el día:
_____, la cual anexo en copia simple a la presente.-

Que de conformidad a lo dispuesto en el artículo 35 de la Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, y 63 del Reglamento de dicha ley, a usted informo:

Que el período comprendido desde: _____ hasta: _____, de
mi jornada ordinaria laboral, es la hora de permiso que tomaré para ejercer el derecho de
amamantar a mi _____.- Esta interrupción será en los meses de: _____ a _____ del año:
_____.

Por lo anterior, solicito de la manera más atenta que le de trámite a la presente solicitud, y la remita a la unidad correspondiente.

Lugar: _____

Firma de la Solicitante

*La interrupción en la jornada laboral no podrá ser utilizada en la hora de almuerzo y serán contadas como horas efectivas de trabajo remuneradas como tal. (Inciso segundo artículo 35 Ley de Promoción, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna)