



PODER JUDICIAL DEL ESTADO
DE MORELOS

DIRECCIÓN GENERAL DE
ADMINISTRACIÓN

SOLICITUD DE LACTANCIA

Clave FO-DGA-DRH-07

Revisión

Emisión

Fecha

Página

Única

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS PRESENTE

Por medio del presente formato y con la previa autorización del Titular de mi área de Adscripción, de conformidad con el artículo 55 C de la Ley del Servicio Civil, informo a Usted que tomaré mi hora de lactancia a partir de la reincorporación de mi incapacidad por gravidez, para lo cual proporciono la siguiente información:

FECHA DE ELABORACIÓN	DÍA	MES	AÑO	CLAVE DE EMPLEADO	
----------------------	-----	-----	-----	-------------------	--

NOMBRE	
--------	--

PUESTO	
--------	--

ADSCRIPCIÓN	
-------------	--

HORARIO DE LACTANCIA

De 08:00 a.m. A 09:00 a.m.

De 14:00 p.m. A 15:00 p.m.

SOLICITA

AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TRABAJADORA

NOMBRE Y FIRMA DE LA PERSONA TITULAR

SELLO DE RECEPCIÓN