

OPCIÓN DEL PERMISO POR LACTANCIA

D.
 NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

con D.N.I. nº, trabajador/a de la Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos

NO va a disfrutar Renuncia a disfrutar entre las siguientes fechas
 Inicio...../...../ 20.....; Fin...../...../20.....

El permiso por lactancia en su modalidad* de

- Permiso parcial
- Reducción de jornada
- Acumulación en días de ausencia

*Rellenar sólo en caso de compartir el permiso

Y OPTA (o manifiesta que ejercitó la opción con anterioridad) porque su cónyuge

Dº
 NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

con D.N.I. nº, que trabaja en

.....
 EMPRESA, ORGANISMO

Lo disfrute íntegramente Disfrute dicho período

..... de de

Firmado

ACEPTO la opción ejercitada en mi favor

Dº
 NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

* El solicitante autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en esta solicitud queden incorporados a la base de datos de Gestión de Recursos Humanos, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos. El solicitante, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal: Vía Dublin, 7, 28070 Madrid.

JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS DE