

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo, situe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprímalo para proceder posteriormente a su entrega.

OPCIÓN DEL PERMISO POR MATERNIDAD

Dº Nombre _____ Primer apellido _____

Segundo apellido _____ con D.N.I. _____ y NIP (N de Identificación Personal) _____

en baja laboral de descanso por maternidad iniciado el día

Utilice el calendario desplegable para su cumplimentación.

OPTA (o manifiesta que ejercitó la opción con anterioridad) el padre

Dº Nombre _____ Primer apellido _____

Segundo apellido _____ con D.N.I. _____ que trabaja en (EMPRESA, ORGANISMO)

disfrute el período de descanso desde el día

, hasta

de conformidad con lo establecido en la Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación familiar y de las personas trabajadoras.

En _____, a ___ de _____ del ____

Plazo de presentación de la solicitud: 15 días

ACEPTO la opción ejercitada a su favor.

Dº Nombre _____ Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Duración máxima 10 semanas

