



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)