**Solicitud de adaptaciones para la lactancia de (Compañía/Agencia)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del empleado: | |
| Domicilio: | |
| No. de contacto: | Correo electrónico: |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de inicio de la adaptación solicitada: |  |
| Número de descansos solicitados por día: |  |
| Fechas y horas aproximadas del horario de descansos para la lactancia: | |

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del empleado: | Fecha: |

Devuelva este formulario a su supervisor por lo menos 5 días hábiles antes del inicio de la adaptación solicitada para la lactancia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre del supervisor (Imprimir) | Firma del supervisor: | Fecha recibida: |