**SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DEL TIEMPO DE LACTANCIA POR UN PERMISO RETRIBUIDO**

**PROFESORADO CONTRATADO**

**DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Primer apellido: | | | Segundo apellido: | | | Nombre: | |
| DNI: | | Domicilio: | | | | | |
| Código postal: | | Localidad: | | Provincia: | | | Teléfono: |
| Categoría: | Departamento: | | | | Centro: | | |

**EXPONE**:

Que la fecha de nacimiento de su hijo/a es el XX/XX/XXXX

Que la fecha de finalización del permiso por nacimiento, adopción, guarda, acogimiento o del progenitor diferente de la madre biológica respectivo es el XX/XX/XXXX

**SOLICITA**: Le sea concedida la sustitución del permiso de lactancia por un permiso retribuido que acumule en jornadas completas el tiempo correspondiente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 27.1.i) del II Convenio Colectivo del PDI de las Universidades Públicas de Castilla y León (BOCYL de 18/05/2015).

Asimismo, hace constar que no tiene intención de solicitar una excedencia para el cuidado de su hijo/a dentro del primer año de edad del mismo/a.

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, fecha de firma electrónica