



PODER JUDICIAL DEL
ESTADO DE MORELOS
DIRECCIÓN DE RECURSOS
HUMANOS

SOLICITUD DE LACTANCIA

Clave FO-DGA-DRH-07	
Revisión	Emisión
Fecha	01/11/2023
Página	Única

DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS PRESENTE

Por medio del presente formato y con la previa autorización del Titular de mi área de Adscripción, de conformidad con el artículo 55 de la Ley del Servicio Civil, informo a Usted que tomaré mi hora de lactancia a partir de la reincorporación de mi incapacidad por gravidez, para lo cual proporciono la siguiente información:

FECHA DE ELABORACIÓN	DÍA	MES	AÑO	CLAVE DE EMPLEADO	
----------------------	-----	-----	-----	-------------------	--

NOMBRE	
--------	--

PUESTO	
--------	--

ADSCRIPCIÓN	
-------------	--

HORARIO DE LACTANCIA

De 08:00 a.m. A 09:00 a.m.

De 14:00 p.m. A 15:00 p.m.

ATENTAMENTE

SOLICITA

AUTORIZA

NOMBRE Y FIRMA DE LA TRABAJADORA

NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR

SELLO DE RECEPCIÓN

FOLIO INTERNO DRH: _____