

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: