

PERMISO DE PATERNIDAD

Nombre de el/la trabajador/a: _____

Área de adscripción: _____

Nombre de el/la Secretario/a General, Director/a General o Titular de Área: _____

Fecha en que aconteció el alumbramiento o adopción:

Día	Mes	Año

Días de permisos:

Del:

Día	Mes	Año

Al:

Día	Mes	Año

Documento que sustenta el permiso _____

Firma del Trabajador/a	Validó
	SECRETARIO/A GENERAL, DIRECTOR/A GENERAL O TITULAR DE ÁREA

Nota.- El permiso de paternidad a que tienen derecho los hombres del Honorable Congreso del Estado Libre y Soberano de Puebla es de 7 (siete días hábiles), debiendo tomarlo a partir de la fecha de alumbramiento o adopción.