**PERMISO POR PATERNIDAD**

Nombre de la persona trabajadora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área de adscripción: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de el/la Secretario/a General, Director/a General o Titular del Área: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha en que aconteció el alumbramiento o adopción:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

Días de permiso

Del:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

Al:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Día** | **Mes** | **Año** |
|  |  |  |

**Documento que sustenta el permiso:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma de la persona trabajadora** | **Nombre y firma de quien autoriza** |
|  | **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 10 días hábiles, debiendo tomarlo a partir de la fecha de alumbramiento o adopción.*