



PERMISO POR PATERNIDAD

Nombre de el/la trabajador/a: _____

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 del trabajador/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 7 (siete) días hábiles, debiendo tomarlo a partir de la fecha de alumbramiento o adopción.