

Oaxaca de Juárez, Oax., a _____ de _____ del 20_____.

ASUNTO: SOLICITUD DE PERIODO DE LACTANCIA

MTRO. GAMALIEL CABALLERO MEJÍA
SECRETARIO GENERAL DEL SUTCSEIIO
P R E S E N T E

AT'N: LIC. R. BRIANDA MARITZA ÁNGELES FIGUEROA
SECRETARIA DE PRESTACIONES DEL SUTCSEIIO

La que suscribe (**Nombre de la trabajadora**), (**categoría, ej. Profesor Asociado B 10 C2**) del **Bachillerato Integral Comunitario (Numero de Bic)** de (**Nombre de la comunidad de adscripción**), me dirijo a usted para que se me haga efectiva la **CLÁUSULA TRIGÉSIMA NOVENA, fracción B) y C)** establecida en el **Contrato Colectivo de Trabajo Vigente** entre el Colegio Superior para la Educación Integral Intercultural de Oaxaca y el Sindicato Único de Trabajadores al Servicio del Colegio Superior para la Educación Integral Intercultural de Oaxaca, que a la letra dice: **“TENDRÁ DOS DESCANSOS EXTRAORDINARIOS POR DÍA, DE UNA HORA CADA UNO DENTRO DE LA JORNADA DE TRABAJO EN EL PERIODO DE LACTANCIA, QUE TENDRÁ UNA DURACIÓN DE 6 MESES CONTADOS POSTERIOR AL TERMINO DE SU INCAPACIDAD, PREVIA SOLICITUD POR ESCRITO”** y **“TENDRÁ LA OPCIÓN DE HACER USO DE LOS DESCANSOS DEL INCISO ANTERIOR EN UN SOLO MOMENTO ACUMULADO LOS DOS DESCANSOS, BIEN SEA AL INICIO O AL FINALIZAR LA JORNADA DE TRABAJO TENIENDO POR TANTO LA DURACIÓN DE DOS HORAS”** Se anexa copia de incapacidad _____.

Sin más por el momento, quedo de usted.

ATENTAMENTE

FIRMA DE LA SOLICITANTE

C.c.p. Interesado

COMITÉ EJECUTIVO SINDICAL 2024 - 2027

Calle Segunda privada de Vicente Suárez, Col. Vicente Suárez, Centro, Oaxaca de Juárez, Oax.
C.P. 68033; Teléfono: 01 (951) 50 3 05 01; 35 1 93 15 www.sutcseiio.org.mx