



**OPCIÓN DEL PERMISO POR MATERNIDAD**

Dº .....  
NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

con D.N.I. nº ..... , en baja laboral de descanso por maternidad iniciado el día .....

OPTA (o manifiesta que ejercitó la opción con anterioridad) porque el padre

Dº .....  
NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

con D.N.I. nº ..... , que trabaja en

.....  
EMPRESA, ORGANISMO

disfrute el período de descanso <sup>1</sup> desde el día ..... , hasta ..... , de conformidad con lo establecido en la Ley 39/1999 de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

..... de ..... de .....

Firmado

ACEPTO la opción ejercitada en mi favor

Dº .....  
NOMBRE PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

<sup>1</sup> Duración máxima 10 semanas

\* El solicitante autoriza expresamente a la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para que los datos recogidos en esta solicitud queden incorporados a la base de datos de Gestión de Recursos Humanos, cuyo titular responsable es la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos, S.A. para la gestión de los procesos para los que se facilitan estos datos. El solicitante, de acuerdo con la normativa vigente en materia de Protección de Datos, tiene la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación sobre sus datos personales, dirigiendo comunicación escrita a la Dirección de Recursos Humanos en la dirección postal: Via Dublin, 7, 28070 Madrid.

**JEFATURA DE RECURSOS HUMANOS DE .....**