

APELLIDOS:		NOMBRE:		
N.I.F.:		TELÉFONO:		
DOMICILIO :		NUM:	PISO:	LETRA:
LOCALIDAD:		CÓD. POSTAL:		

SOLICITA:

Certificación de Servicios Prestados a la Diputación de Salamanca

Certificación de Servicios Previos (ANEXO I) *(Para reconocimiento de antigüedad y triénios)*

El certificado será:

Recogido personalmente.

Enviado al Centro de trabajo

Enviado por correo al domicilio

Categoría Profesional	Centro	Desde	Hasta

Salamanca,

de

de 20_

(Firma)

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL