

## Solicitud de Certificación

Apellidos y nombre: \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Categoría: \_\_\_\_\_

Atención Primaria  Atención Especializada

### Tipo de certificación

Certificado de servicios prestados (indicar fecha de cierre): \_\_\_\_\_

Certificado de empresa (SEXPE): (indicar periodo) del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Certificado para solicitud de trienios (Anexo I)

Otros (indicar tipo): \_\_\_\_\_

Certificación solicitada a efectos de \_\_\_\_\_

.....

### Modo de entrega:

Vendré a recogerlo

Enviar por correo a:

C/.Avda.: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_ localidad \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado: \_\_\_\_\_