

<b>APELLIDOS:</b>		<b>NOMBRE:</b>		
<b>N.I.F.:</b>		<b>TELÉFONO:</b>		
<b>DOMICILIO :</b>		<b>NUM:</b>	<b>PISO:</b>	<b>LETRA:</b>
<b>LOCALIDAD:</b>		<b>CÓD. POSTAL:</b>		

**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**