

SOLICITUD DE CERTIFICACIONES

Rellenar los recuadros sombreados y/o casillas correspondientes

SOL·LICITUD DE CERTIFICACIONS

Empleneu els requadres ombrejats i/o caselles corresponents

D/Dª - Sr./ Sra.

NIF Núm.

C/, AV., Núm.

MUNICIPIO Y CÓDIGO POSTAL

MUNICIPI I CODI POSTAL

TELÉFONO

TELÈFON

MÓVIL

MÓBIL

FAX

E-MAIL

CORREU ELECTRÒNIC

LUGAR DE NACIMIENTO

LLOC DE NAIXEMENT

Funcionario / Funcionari

Laboral fijo / Laboral fix

Eventual / Eventual

Interino / Interí

Laboral temporal / Laboral temporal

Pensionista / Pensionista

¿Trabaja en la actualidad en la Diputación? / Treballa actualment en la Diputació? Sí No

Nunca ha trabajado en Diputación / No ha treballat mai en la Diputació

Adscrito a: / Adscrit a:

Donde ocupa el puesto de:

On ocupa el lloc de treball de:

EXPONE/EXPOSA:

Que necesita una certificación comprensiva de: Que necessita una certificació comprensiva de:

Que ha de surtir efectos en:

Que ha de tindre efectes en:

SOLICITA/SOL·LICITA:

Que se expida dicha certificación. / Que s'expedisca aquesta certificació.

Alicante / Alacant , de/d' de 2.00.

Solicitante/ Sol·licitant

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA EXCMA. DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALICANTE
IL·LM. SR. PRESIDENT DE L'EXCMA. DIPUTACIÓ PROVINCIAL D'ALACANT