**SOLICITANTE:**

|  |
| --- |
| **Apellidos:** **Nombre:** **DNI / NIE:** **Personal docente (Indique cuerpo o tipo de contrato):****Domicilio para notificaciones:** **Código postal:** **Población:** **Provincia:** **Teléfono:** **E-mail:**  |

**SOLICITA:**

|  |
| --- |
| **Certificación (marque con una X lo que proceda)** **1 [ ]  Compatibilidad 2** **[ ]  Liquidación de haberes** **3** **[ ]  Retribuciones anuales 4** **[ ]  Jubilación MUFACE** **5 [ ]  Retribuciones mensuales 6 [ ]  Licencia por enfermedad** **7 [ ]  IRPF 8 [ ]  Otros (especificar):****[ ]  Deseo recibir el certificado por correo ordinario en la dirección indicada.**  |
| **Localidad:**  |  **Fecha:**  | **Firma:** |

**Fecha de emisión:**

**Fecha de entrega:**