**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:**