

 FUNDACIÓN del HOSPITAL NACIONAL de PARAPLÉJICOS	SOLICITUD CERTIFICADO TIEMPO TRABAJADO	 INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SANITARIA DE CASTILLA-LA MANCHA
--	--	---

D./D^a.: _____, con DNI.: _____

SOLICITA

Que le sea expedido el correspondiente certificado de tiempo trabajado para presentarlo ante

a efectos de

En _____, a _____ de _____ de 20__

EL SOLICITANTE

Fdo.: _____