

# SOLICITUD CERTIFICACIÓN

PLANTILLA  SUSTITUTO

APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_  
D.N.I. Nº: \_\_\_\_\_  
CON DOMICILIO EN: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
C.P: \_\_\_\_\_  
TELF/E-MAIL: \_\_\_\_\_  
CENTRO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO: \_\_\_\_\_  
CATEGORÍA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

**SOLICITA** de la Subdirección de Recursos Humanos, que se le expida certificado sobre:

.....  
.....  
.....  
.....

**CON MOTIVO DE** .....

.....  
.....

**PARA QUE SURTA EFECTOS EN**.....

.....

Granada, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

SR. DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES DE GRANADA.