

SOLICITUD RETENCIÓN SUPERIOR I.R.P.F.

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____

D.N.I. N°: _____

CON DOMICILIO EN: _____

LOCALIDAD: _____

PROVINCIA: _____

C.P: _____

TELF/E-MAIL: _____

CENTRO DE TRABAJO: _____

SERVICIO/UNIDAD DE TRABAJO: _____

CATEGORÍA PROFESIONAL: _____

A los efectos previstos en el Reglamento del I.R.P.F., solicito me sea aplicado el tipo de Retención del _____% bien entendido que, en todo caso, será superior al que por mi situación familiar me corresponda, debiendo mantenerse sin modificación hasta final de año y permaneciendo para ejercicios sucesivos, en tanto no renuncie por escrito al citado porcentaje o solicite un tipo superior,

Granada, _____ de _____ de 201_

Fdo.:

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