

**SOLICITUD DE CERTIFICADO**

Normativa: Decreto 92/1993, de 20 de julio, sobre expedición de copias auténticas, certificaciones de documentos públicos o privados, acceso a los registros y archivos.

**1. DATOS PERSONALES**

Nombre	Apellidos
DNI	Categoría profesional
Domicilio a efectos de notificaciones	Localidad
Código postal	Teléfono
Correo electrónico (preferentemente corporativo)	

**2. CERTIFICADO QUE SOLICITA**

Certificado de servicios prestados
Certificado de empresa
Otros: (indicar tipo)

**3. MOTIVO POR EL QUE SOLICITA EL CERTIFICADO U ORGANISMO ANTE EL QUE VA A PRESENTARLO**

--

En.....a.....de.....de 20....

Firma persona interesada

Fdo.

**DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES**

\*La presente solicitud admite su presentación por cualquiera de los medios establecidos en el artículo 16.4 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

\*Se enviará una copia del correspondiente certificado al correo electrónico indicado en la solicitud.