



DIPUTACIÓN DE ALBACETE

NEG. TÉC. SERV. SOCIALES Y SANITARIOS

ANEXO IV

El/la abajo firmante, D./Dña _____,
con D.N.I. núm. _____, en su condición de Secretario/a de la Asociación
_____, con C.I.F. núm.
_____ del municipio de _____ ;

CERTIFICA: que las cantidades abonadas por esta Asociación **EN CONCEPTO DE SEGURIDAD SOCIAL** por el personal que seguidamente se especifica son las siguientes y que dichas cantidades han sido calculadas de acuerdo con los porcentajes legalmente establecidos:

Trabajador/a	Mes	Cuantía mensual
-		
-		
-		
-		

El importe total abonado asciende a la cantidad de _____.- €

En _____, a _____ de _____ de 2011.

(Firma del/de la Secretario/a)

Vº. Bº.
EL/LA PRESIDENTE/A DE
LA ASOCIACIÓN