

SOLICITUD RETENCIÓN SUPERIOR I.R.P.F.

APELLIDOS/NOMBRE_____

D.N.I.:_____

DOMICILIO:_____

LOCALIDAD/ PROVINCIA/C.P.:_____

TELF./E-MAIL:_____

CENTRO DE TRABAJO:_____

CATEGORÍA PROFESIONAL:_____

Por la presente solicito me sea aplicado el tipo de retención del_____%,
siendo éste superior al que actualmente se me viene aplicando.

En Málaga, a ____ de _____ de _____

Fdo.:_____

A/A: UNIDAD DE PERSONAL DISTRITO SANITARIO MÁLAGA-GUADALHORCE