



AUTORITZACIÓ INDEMNITZACIÓ PER RAÓ DE SERVEI

Llinatges i nom

DNI/ NIE

COS

CENTRE D'ASCRIPCIÓ	CODI PLAÇA	FUNCIÓ
ADREÇA / LOCALITAT		
CENTRE ITINERANT	CODI PLAÇA	FUNCIÓ
ADREÇA / LOCALITAT		
NÚM DIES SETMANA		

Data i signatura

Vist i plau director/a centre d'adscripció

Revisat

La cap de Secció XIV

Vist i plau

El cap de departament de Personal Docent