

MODELO DE INCIDENCIAS / RECLAMACION SOBRE HABERES DEL TRABAJADOR/A

1. DATOS DEL JUSTIFICANTE DE LA NOMINA ACTUAL

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

MATRICULA: _____ CATEGORIA: _____ COD.CAT.: _____

CENTRO NOMINA: _____ N° NOMINA: _____

DEPENDENCIA: _____

RESIDENCIA: _____

2. DATOS DE LA RECLAMACION

MOTIVO:

CENTRO NOMINA	CLAVE	DESCRIPCION	ABONOS		CANTIDAD (€)	
			MES	AÑO	PERCIBIDA	DEBIO PERCIBIR SEGUN TRABAJADOR/A
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			

3. INFORME DEL RESPONSABLE DE PERSONAL

Documentación que se adjunta:

Fecha recepción de la solicitud:

Firma del trabajador/a:

Firma del responsable de personal:

Copia para la Dependencia

MODELO DE INCIDENCIAS / RECLAMACION SOBRE HABERES DEL TRABAJADOR/A

1. DATOS DEL JUSTIFICANTE DE LA NOMINA ACTUAL

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

MATRICULA: _____ CATEGORIA: _____ COD.CAT.: _____

CENTRO NOMINA: _____ N° NOMINA: _____

DEPENDENCIA: _____

RESIDENCIA: _____

2. DATOS DE LA RECLAMACION

MOTIVO:

CENTRO NOMINA	CLAVE	DESCRIPCION	ABONOS		CANTIDAD (€)	
			MES	AÑO	PERCIBIDA	DEBIO PERCIBIR SEGUN TRABAJADOR/A
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			
			--			

3. INFORME DEL RESPONSABLE DE PERSONAL

Documentación que se adjunta:

Fecha recepción de la solicitud:

Firma del trabajador/a:

Firma del responsable de personal:

Copia para el/la trabajador/a