

ANEXO II

AYUDAS DE ACCIÓN SOCIAL PARA EL PERSONAL LABORAL DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD, PROCEDENTE DEL EXTINTO CONSORCIO ARAGONÉS SANITARIO DE ALTA RESOLUCION

D.N.I DEL SOLICITANTE	NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE
DOCUMENTO ACREDITATIVO DE GASTOS EN GUARDERÍAS DURANTE EL AÑO 2	

D./D^a.....

Como.....del Centro.....

Con domicilio en C/.....de.....

C E R T I F I C A:

Que el/la alumno/a.....
Hijo/a del solicitante, ha asistido en nuestro Centro durante el año arriba referenciado durante lo meses que a continuación se relacionan, habiendo abonado en **concepto exclusivamente de gastos de guardería**, los siguientes importes:

	IMPORTE EN EUROS
ENERO	
FEBRERO	
MARZO	
ABRIL	
MAYO	
JUNIO	
JULIO	
AGOSTO	
SEPTIEMBRE	
OCTUBRE	
NOVIEMBRE	
DICIEMBRE	
TOTAL IMPORTE ABONADO	

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

FIRMA Y SELLO DEL CENTRO