

Desarrollo Integral de la Familia

A la atención del Licenciado **Persona que recibe la documentación**

Cargo de la persona que recibe la documentación

Dirección del DIF

Población del DIF

México

Nombre del representante de la empresa/Director de Recursos Humanos , mayor de edad, con D.N.I. **DNI del representante de la empresa** , en su calidad de **Cargo en la empresa del representante** de la empresa **Nombre de la empresa** .

C E R T I F I C A:

Que **Nombre del adoptante** , mayor de edad, con D.N.I. **DNI del adoptante** y con domicilio en **Población del domicilio del adoptante** (**Provincia de la población**), trabaja en esta empresa con la categoría profesional de **Categoría profesional real del adoptante** . Tiene contrato **Tipo de contrato del adoptante** desde el **Fecha de alta en la empresa** . Percibe un sueldo bruto mensual de **Sueldo bruto mensual del adoptante** Pesetas por **Número de pagas anuales** pagas, que equivalen a un sueldo bruto anual de **Sueldo bruto anual del adoptante** Pesetas.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en **Población de la empresa** a **Fecha de firma de este documento** .

Nombre y firma del representante de la empresa