

Desarrollo Integral de la Familia

A la atención del Licenciado **Persona que reb la documentació**

Càrrec de la persona que reb la documentació

Adreça del DIF
Població del DIF

México

Nom del representant de l'empresa/Director de Recursos Humans, mayor de edad, con D.N.I. **DNI del representant de l'empresa**, en su calidad de **Càrrec en l'empresa del representant** de la empresa **Nom de l'empresa**.

C E R T I F I C A:

Que **Nom del adoptant**, mayor de edad, con D.N.I. **DNI del adoptant** y con domicilio en **Població del domicili del adoptant (Provincia de la població)**, trabaja en esta empresa con la categoría profesional de **Categoría profesional real del adoptant**. Tiene contrato **Tipus de contrate del adoptant** desde el **Data d'alta en l'empresa**. Percibe un sueldo bruto mensual de **Sou brut mensual del adoptant** Pesetas por **Número de pagues anyals** pagas, que equivalen a un sueldo bruto anual de **Sou brut anyal del adoptant** Pesetas.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en **Població de l'empresa** a **Data de signatura d'aquest document**.

Nom i signatura del representant de l'empresa