



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL



ASUNTO: Sábados y/o festivos

D./D^a:

Cargo:

Centro / Departamento / Servicio o Sección:

CERTIFICA:

Que D./D^a. ha realizado los **sábados y/o festivos**, previa autorización de la Gerencia de la Universidad, que se indican:

| D.N.I. | CATEGORÍA | DÍA / MES / AÑO | HORARIO |
|--------|-----------|-----------------|---------|
| | | | |

....., a de de

(Firma)