



CERTIFICACIÓN DE CUSTOS DE PERSOAL

Don/a , responsable de persoal da entidade beneficiaria

certifica os seguintes custos de persoal dedicado á iniciativa do proxecto titulada:

Expediente:

| APELIDOS | NOME | NIF | POSTO NA EMPRESA | MES | RETRIBUCIÓN BRUTA MENSUAL | DATA DE PAGAMENTO RETRIBUCIÓNS | IMPORTE S.S. A CARGO DA EMPRESA | DATA DE PAGAMENTO DA S.S | HORAS TOTAIS TRABALLADAS NO MES | HORAS TOTAIS DEDICADAS Á INICIATIVA | TOTAL IMPUTADO Á INICIATIVA (RETRIB.+S.S.) |
|----------|------|-----|------------------|-----|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | TOTAL | | |

VISTO E PRACE O/A XERENTE OU DIRECTOR/A DA ENTIDADE

O/A RESPONSABLE DE PERSOAL DA ENTIDADE

Asdo.:

Asdo.:

Lugar e data , de de

