



Junta de Castilla y León

Delegación Territorial de Segovia
Dirección Provincial de Educación

SOLICITUD DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE			
1º APELLIDO			
2º APELLIDO			
D.N.I			
Nº. S.SOCIAL			
FECHA ALTA			
JORNADA	COMPLETA:	<input type="checkbox"/>	PARCIAL:
HORAS (EN CASO DE JORNADA PARCIAL)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SOLO PARA DOCENTES			
PRIMARIA	<input type="checkbox"/>	TECNICOS	<input type="checkbox"/>
SECUNDARIA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

SOLO PARA PERSONAL LABORAL			
TIPO DE CONTRATO:	<input type="checkbox"/>	CATEGORIA:	<input type="checkbox"/>

Segovia, a de de

FIRMA