

CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO			
Autorización para la consulta de datos de los trabajadores relativos al Certificado de Discapacidad.			
Apellidos y nombre	N.I.F.	Firma	DENIEGO*
			Certificado Discapacidad

* En el caso de DENEGAR, deberán aportar original o copia compulsada de los documentos señalados.

En _____, a _____ de _____ de _____

FIRMADO: