



Diputación
de Segovia

C.I.F. - P4000000-B

TASA POR DERECHOS DE EXAMEN

DECLARACIÓN-AUTOLIQUIDACIÓN

SUJETO PASIVO / SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:		D.N.I./N.I.F.	TELÉFONO:
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:	MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.:

DATOS DEL HECHO IMPONIBLE / AUTOLIQUIDACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PRUEBA SELECTIVA A QUE SE PRESENTA	
FECHA PUBLICACIÓN B.O.P. ____/____/____	GRUPO:

EXENCIONES / BONIFICACIONES

(Marcar con una X si se da el caso)

EXENCIONES:

<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%
<input type="checkbox"/>	DEMANDANTE DE EMPLEO POR PLAZO \geq A DOS MESES

BONIFICACIONES:

<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA DE CARÁCTER ESPECIAL (50%)
<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA DE CARÁCTER GENERAL (30%)

CUOTA A INGRESAR	_____ €
-------------------------	---------

Segovia, a de de
(Firma)

Entidad colaboradora:
CAJA SEGOVIA
2069-0001-92-0001084400

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO



Diputación
de Segovia

C.I.F. - P4000000-B

TASA POR DERECHOS DE EXAMEN

DECLARACIÓN-AUTOLIQUIDACIÓN

SUJETO PASIVO / SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:		D.N.I./N.I.F.	TELÉFONO:
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:	MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.:

DATOS DEL HECHO IMPONIBLE / AUTOLIQUIDACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PRUEBA SELECTIVA A QUE SE PRESENTA	
FECHA PUBLICACIÓN B.O.P. ____/____/____	GRUPO:

EXENCIONES / BONIFICACIONES

(Marcar con una X si se da el caso)

EXENCIONES:

<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%
<input type="checkbox"/>	DEMANDANTE DE EMPLEO POR PLAZO \geq A DOS MESES

BONIFICACIONES:

<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA DE CARÁCTER ESPECIAL (50%)
<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA DE CARÁCTER GENERAL (30%)

CUOTA A INGRESAR	_____ €
-------------------------	---------

Segovia, a de de
(Firma)

Entidad colaboradora:
CAJA SEGOVIA
2069-0001-92-0001084400



Diputación
de Segovia

C.I.F. - P4000000-B

TASA POR DERECHOS DE EXAMEN

DECLARACIÓN-AUTOLIQUIDACIÓN

SUJETO PASIVO / SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRE:		D.N.I./N.I.F.	TELÉFONO:
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:	MUNICIPIO:	PROVINCIA:	C.P.:

DATOS DEL HECHO IMPONIBLE / AUTOLIQUIDACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL TIPO DE PRUEBA SELECTIVA A QUE SE PRESENTA	
FECHA PUBLICACIÓN B.O.P. ____/____/____	GRUPO:

EXENCIONES / BONIFICACIONES

(Marcar con una X si se da el caso)

EXENCIONES:

<input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%
<input type="checkbox"/>	DEMANDANTE DE EMPLEO POR PLAZO ≥ A DOS MESES

BONIFICACIONES:

<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA DE CARÁCTER ESPECIAL (50%)
<input type="checkbox"/>	FAMILIA NUMEROSA DE CARÁCTER GENERAL (30%)

CUOTA A INGRESAR	_____ €
-------------------------	---------

Segovia, a de de
(Firma)

Entidad colaboradora:
CAJA SEGOVIA
2069-0001-92-0001084400

EJEMPLAR PARA LA ENTIDAD COLABORADORA