**ANEXO VI**

**RELACIÓN CLASIFICADA DE LOS GASTOS DE PERSONAL PROTECCIÓN CIVIL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **NOMBRE**  **TRABAJADOR** | **MES** | **NOMINAS**  **(importe bruto)** | **FECHA**  **PAGO** | **FORMA**  **PAGO** | **SEGUROS**  **SOCIALES** | **FECHA**  **PAGO** | **FORMA PAGO** |
| 1 | D. | ENERO |  |  |  |  |  |  |
| FEBRERO |  |  |  |  |  |  |
| MARZO |  |  |  |  |  |  |
| ABRIL |  |  |  |  |  |  |
| MAYO |  |  |  |  |  |  |
| JUNIO |  |  |  |  |  |  |
| JULIO |  |  |  |  |  |  |
| AGOSTO |  |  |  |  |  |  |
| SEPTIEMB |  |  |  |  |  |  |
| OCTUBRE |  |  |  |  |  |  |
| NOVIEMB |  |  |  |  |  |  |
| DICIEMBRE |  |  |  |  |  |  |
|  | | | A.TOTAL: |  | | B.TOTAL: |  | |
|  | | | | 1 TOTAL A+B: | |  | | |

Y para que conste, y surta efectos se expide la presente certificación, de Orden y con el Visto Bueno del Ilmo. Sr. (*...Alcalde..*), en (*...municipio y fecha...) .*

VºBº

El/La Alcalde/sa Presidente/a El Interventor/ra