**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 |  |  |  |  |  |  |
| NOVIEMBRE |  |  |  |  |  |  |
| 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