



**ANEXO IV
DECLARACIÓN DE TRABAJADORES
“AYUDAS PARÉNTESIS SALINAS”**

SOLICITANTE (Beneficiario)			
Nombre y Apellidos/Razón Social			NIF/CIF
Dirección			
Código Postal	Municipio	Provincia	
Teléfono	Móvil	Fax	Correo electrónico

DECLARACIÓN DE TRABAJADORES		
<input type="checkbox"/>	Que la persona solicitante, a fecha de 31 de diciembre de 2020, no tenía personal.	
<input type="checkbox"/>	Que la persona solicitante, a fecha de 31 de diciembre de 2020, tenía el siguiente personal:	
	NOMBRE	DNI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

FECHA Y FIRMA
<p>En Salinas, a _____ de _____ de 2021.</p> <p>El beneficiario o su representante legal,</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: _____</p>