

D/D^a

con correo electrónico institucional

y categoría _____, que presta sus servicios en _____
el HOSPITAL UNIVERSITARIO RÁMON Y CAJAL,

SOLICITO que se modifique mi porcentaje del Impuesto sobre la Renta de las
Personas Físicas al tipo de _____, de acuerdo con lo establecido en la
Ley 35/2006, de 28 de noviembre y el Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, con
efectividad del mes de _____

En Madrid, a

Fdo.

Preferentemente firma electrónica

DIRECTOR GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL