# ANEXO

## MODELO DE CERTIFICADO DE SERVICIOS

D./Dª. _____ como Director/a
_____ del Centro
_____

### CERTIFICA:

Que según los antecedentes obrantes en este Centro D./Dª. _____
_____ con D.N.I. Nº ___|___|___|___|___|___|___|___ - ___
ha prestado en la categoría de _____
los servicios que a continuación se relacionan, tomando como fecha límite ___|___ - ___|___ - ___|___

| CATEGORÍA | TIPO DE NOMBRAMIENTO | FECHA INICIO | FECHA FIN | AÑOS | MESES | DÍAS | TOTAL MESES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| TOTAL MESES SUMA DE TODOS LOS PERIODOS | | | | | | | |

Para que conste, a petición del interesado, a efectos de baremación de méritos para los procesos selectivos de acceso a la condición de personal estatutario fijo del Servicio de Salud de Castilla y León
Se expide el presente certificado en _____
a _____ de _____ de 20 ___|___

Fdo.: _____