

ANEXO

MODELO DE CERTIFICADO DE SERVICIOS

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

CERTIFICA:

Que según los antecedentes obrantes en este Centro D./D^a. _____

con D.N.I. N^o _____ - _____

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.: _____