

ANEXO III – Certificado de datos profesionales

D/Dª....., Director/a.....
de.....

CERTIFICO: Que según los antecedentes obrantes en este Centro,

D/Dª , DNI ,
es Personal Estatutario Fijo perteneciente a la categoría , con nombramiento
como personal estatutario fijo/ funcionario de carrera, o contrato como laboral fijo, de fecha / /
Fecha primera toma de posesión o fecha primera efectividad contrato / /

1. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA

<input type="checkbox"/> Servicio activo	
<input type="checkbox"/> Servicios especiales	
<input type="checkbox"/> Excedencia voluntaria por interés particular	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Excedencia voluntaria por prestar servicio en el sector Público.	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Excedencia para cuidado de familiares	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Excedencia por razón de violencia sobre la mujer	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Otras situaciones.....	

2. DESTINO ACTUAL (SÓLO RELLENAR UNO DE LOS DOS APARTADOS)

APARTADO A																					
Destino Definitivo <input type="checkbox"/>																					
Fecha posesión del último destino:																					
Nombre del Centro:																					
CIAS/Código de Centro	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> (SÓLO DESTINO DEFINITIVO)																				
Comisión de servicio <input type="checkbox"/>	Promoción interna temporal <input type="checkbox"/>																				
APARTADO B																					
Reingreso Provisional <input type="checkbox"/>	Reingreso Provisional procedente del proceso de consolidación de empleo <input type="checkbox"/>																				
Fecha de reingreso:																					
Nombre del Centro:																					

3. ANTIGÜEDAD

Antigüedad: tiempo de servicios reconocidos hasta la fecha de publicación de la convocatoria en el BOCM.			
Total de años, meses y días de servicios:	Años	Meses	Días

CERTIFICACIÓN que expido a petición del interesado/a y para que surta efecto en el concurso de traslados voluntario de fecha (BOCM de)

OBSERVACIONES AL DORSO SI NO

En a de de 201..
(Lugar, fecha, firma y sello)

ANEXO III – Certificado de datos profesionales

OBSERVACIONES:

Madrid, de de 201..

EL/LA DIRECTORA/A

Fdo: