

### ANEXO IV – Certificado de Prestación de Servicios

D/D<sup>a</sup> ..... , Director .....  
 del centro .....

CERTIFICA que: D/D<sup>a</sup> ..... D.N.I.: .....  
 a los efectos de la valoración de méritos del concurso de traslados para la categoría de **MATRONA**, convocado por Resolución de la Dirección General de RR.HH. del Servicio Madrileño de Salud de fecha ....., ha prestado servicios en los siguientes centros en las condiciones y fechas que a continuación se relacionan, según consta en su expediente personal o son acreditados fehacientemente por el concursante:

A.- Como personal estatutario / funcionario / laboral cualquiera que sea su vinculación (fijo / de carrera o temporal) en la misma categoría estatutaria desde la que se concursa.....	0,8
B.- Como personal estatutario fijo en la misma categoría y en el destino desde el que se concursa.....	0.2
C.- Como personal estatutario en otras categorías estatutarias distintas del mismo grupo de titulación desde la que se concursa .....	0.6
D.- Como personal estatutario en otras categorías estatutarias distintas de diferente grupo de titulación desde la que se concursa.....	0.3
E.- Como personal en formación por el sistema de residencia .....	0.5
F.- Como personal que presta servicios en cualquier Administración Pública Española o de un Estado miembro de la Unión Europea o del Espacio Económico Europeo, desempeñando puestos de trabajo de igual contenido funcional de la plaza objeto del concurso.....	0.4

APARTADO	CENTRO	DELIMITACIÓN DE PERIODOS NORMALES		CONTRATOS TIEMPO PARCIAL %	CÓMPUTO		
		FECHA INICIO	FECHA FIN		MESES	DÍAS	Puntuación

Y para que conste, firmo la presente en ....., a ..... de ..... de 201...  
 (FIRMA Y SELLO)

**ANEXO IV – Certificado de Prestación de Servicios**

D/Dª ..... , Director .....  
del centro .....

CERTIFICA que: D/Dª ..... D.N.I.: .....  
a los efectos de la valoración de méritos del concurso de traslados para la categoría de **MATRONA** , convocado por Resolución de la Dirección General de RR.HH. del Servicio Madrileño de Salud de fecha ....., ha prestado servicios en los siguientes centros en las condiciones y fechas que a continuación se relacionan, según consta en su expediente personal o son acreditados fehacientemente por el concursante:

PERSONAL DE REFUERZO	
CATEGORÍA	Nº DE HORAS

Y para que conste, firmo la presente en ....., a ..... de ..... de 201 ...  
(FIRMA Y SELLO)