

### ANEXO III – Certificado de datos profesionales

D/D<sup>a</sup>....., Director/a.....  
de.....

CERTIFICO: Que según los antecedentes obrantes en este Centro,

D/D<sup>a</sup> ....., 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)

|                                                                                                                               |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>APARTADO A</b>                                                                                                             |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Destino Definitivo <input type="checkbox"/>                                                                                   |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fecha posesión del último destino:                                                                                            |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nombre del Centro: .....                                                                                                      |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CIAS/Código de Centro                                                                                                         | (SÓLO DESTINO DEFINITIVO)                                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                               |                                                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Comisión de servicio <input type="checkbox"/>                                                                                 | Promoción interna temporal <input type="checkbox"/>                                              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>APARTADO B</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: .....