¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente. Para rellenar un campo sitúe el puntero del ratón en el espacio correspondiente. Una vez cumplimentado puede imprimirlo para su entrega en una oficina de Registro.

Servicio Madrileño de Salud
Consejería de Sanidad
Comunidad de Madrid

ETIQUETA DE REGISTRO

ANEXO II

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS

AA.PP., Organismo, Gerencia			Número D.N.I.									
Primer apellido	Segundo apellido		Nombre									
Servicios prestados en la categoría profesional	Vínculo (1)	Desde			Hasta			Total			% Jornada
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días	

(1) EN II.SS. SISTEMA NACIONAL DE SALUD
EF.-Estatutario fijo
EI.- Estatutario interino
ES.-Estatutario suplente
EE.-Estatutario Eventual
FC.-Funcionario de carrera
FI.- Funcionario de empleo interino
FE.-Funcionario de empleo eventual
L.- Contratado laboral

(2) FUERA DE II.SS. SISTEMA NACIONAL DE SALUD
FC.-Funcionario de carrera
FI.- Funcionario de empleo interino
FE.-Funcionario de empleo eventual
CL.-Contratado laboral
CA.-Contratado administrativo

Certifico la exactitud de los datos anteriores, que concuerdan con los antecedentes obrantes en ……..

……..……..…..

……., ….., de …….. de 20…..
(órgano competente)

Fdo.

Limpiar Campos Imprimir