¡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.

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 **AUXILIAR DE ENFERMERÍA**, 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 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)

Limpiar Campos Imprimir