

ANEXO I

CERTIFICACION DE SERVICIOS PREVIOS

Ministerio, Organismo o Corporacion		Numero DNI
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre
Destino	Localidad	Provincia

Servicios prestados en Cuerpo, Escala, plaza o plantilla	Vinculo (1)	Desde			Hasta			Total			Nivel de orporcionalidad
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días	

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

..... de ..... de 198.....  
El Jefe de Personal,

- (1) C.-Funcionario de carrera.
- F.-Funcionario en prácticas.
- E.-Funcionario de empleo interino.
- V.-Funcionario de empleo eventual.
- L.-Contratado laboral.
- A.-Contratado Administrativo.

Médicos de prueba admitidos en derecho para el caso de prestación de servicios no formalizados documentalmente (2):

..... de ..... de 198.....  
El Jefe de Personal,

(2) Se acompañarán fotocopias, testimonios o copias autorizadas de las nóminas, recibos, listas de pago o cualquier otro documento que acredite el abono al interesado de las retribuciones satisfechas durante el periodo de tiempo a reconocer.