

A.A. DIRECCION DEL DEPARTAMENTO DE SALUD n° .....

Don./Dña..... con DNI .....

Domiciliado en .....

que presta sus servicios en el Centro ..... con la categoría profesional de .....

ante la necesidad solicitar el reconocimiento de servicios previos a efectos de trienios,

SOLICITA:

Que le sea facilitada **CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS** en el conjunto de las administraciones públicas y en cualquier categoría profesional.

..... a ..... de ..... de 200.....

Firmado.: