

ANEXO III

**MODELO NORMALIZADO
CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS EN OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS**

D. _____, con cargo _____.

CERTIFICA:

MINISTERIO, ORGANISMO O CORPORACIÓN	
LOCALIDAD	PROVINCIA

NIF INTERESADO	APELLIDOS Y NOMBRE

Servicios Prestados	Grupo / Nivel de proporcionalidad	Vínculo (1)	INICIO			FINAL			Años	Meses	Días	(2)
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año				
TOTAL												

Y para que conste y surta los efectos oportunos certifico la exactitud de los datos anteriores, que concuerdan con los datos obrantes en esta entidad.

En _____, a ____ de _____ de 202__.

Fdo. D. _____

Cargo _____

- (1) C.-Funcionario de Carrera.
- V.-Personal eventual.
- P.-Funcionario en Prácticas.
- L.- Contratado Laboral.
- E.- Funcionario interino.

- (2) Jornada / situación:
- C: Jornada Completa
- P: Jornada Parcial
- EIP: Excedencia por Interés Particular
- ECF: Excedencia por cuidado de familiar
- EF: Excedencia Forzosa
- LSR: Licencia sin retribución