

ANEXO III

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

D. _____, con cargo _____.

CERTIFICA:

MINISTERIO, ORGANISMO O CORPORACIÓN	
LOCALIDAD	PROVINCIA

NIF INTERESADO	APELLIDOS Y NOMBRE

			INICIO			FINAL						(2)
Servicios Prestados	Grupo / Nivel proporcio- nalidad	Vínculo (1)	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Años	Meses	Días	
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.
EF: Excedencia Forzosa.

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