

ANEXO IV
CERTIFICADO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

D./Dña. _____ Director/a del Centro

CERTIFICA que:

D./Dña. _____ D.N.I. _____, a los efectos de la valoración de méritos del concurso de movilidad para la categoría de _____ convocado por Resolución de la Dirección de la Organización Nacional de Trasplantes, 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:

CATEGORÍA	CATEGORÍA DE REFERENCIA	NOMBRAMIENTO O CONTRATO			DELIMITACIÓN DE PERIODOS	
		TIPO DE NOMBRAMIENTO	SITUACIÓN	CENTRO	FECHA INICIO	FECHA FIN

Y para que conste, firma la presente en _____ a _____ de _____ de 2024

PERSONAL DE REFUERZO	
CATEGORÍA	Nº HORAS