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 20……

PERSONAL DE REFUERZO	
CATEGORÍA	Nº HORAS