

ANEXO IV
CERTIFICACIÓN

D _____, como _____
_____ (1),

CERTIFICA:

Que D/D^a _____, personal
funcionario / laboral (*táchese lo que no proceda*) fijo, perteneciente a _____
_____ (2), se encuentra en la siguiente situación:

☐ servicio activo, con destino definitivo o provisional por reingreso, en el puesto o plaza _____
_____ [*indíquese como en (2)*].

☐ reserva de puesto o plaza de _____
[*indíquese como en (2)*] por _____ (*indíquese causa*).

☐ excedencia u otra situación sin reserva de puesto o plaza: _____
(*indíquese causa*).

Y para que conste, lo firmo en _____ a _____ de _____
de dos mil _____.

(*firma*)

(1) Secretario General del Servicio Extremeño de Salud, Gerente del Área de Salud que corresponda.

(2) indicar Cuerpo, Escala, categoría, especialidad, según se relaciona en el Anexo II del Decreto por el que se establecen los procedimientos de integración.