

SOLICITUD DE CERTIFICADO

APELLIDO 1

APELLIDO 2

NOMBRE

Con categoría

DNI

Teléfono de contacto

SOLICITA: Le sea expedido un certificado a efectos de:

Bolsa de empleo

Centro Escolar

“Programa Centros Abiertos”

Reconocimiento Trienios –Anexo I

“Programa Madrugadores”

Concurso-Oposición

Elección de Centro

Concurso de Traslados

Guardería

I.N.S.S

Carrera Profesional

Invalidez
Otros

Otros (indique motivo y centro de
presentación del certificado)

Observaciones:

RECOGIDA del certificado:

Personalmente:

Por correo postal:

Fecha:

Este formulario se podrá entregar mediante correo electrónico a **cap.hleo@saludcastillayleon.es**

IMPORTANTE: Este certificado SÓLO será entregado al interesado junto con la presentación del DNI. Existe un documento de autorización a disposición de los interesados