

**ANEXO VI**  
**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 voluntaria para la categoría de ..... convocado por Resolución de la Dirección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 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.

CATEGORIA	CATEGORIA DE REFERENCIA	NOMBRAMIENTO O CONTRATO			DELIMITACIÓN DE PERÍODOS	
		TIPO DE NOMBRAMIENTO	SITUACIÓN	CENTRO	FECHA INICIO	FECHA FIN

Y para que conste, firma la presente en.....a.....de.....de 2022

PERSONAL DE REFUERZO	
CATEGORÍA	Nº DE HORAS

(FIRMA Y SELLO)