



MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CIENCIA

INSTITUTO ESPAÑOL
"-----"
CIUDAD
CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN EN ----- - EMBAJADA DE ESPAÑA

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS

APELLIDOS:	NOMBRE:
D.N.I.:	N.R.P.:
DESTINO ACTUAL:	LOCALIDAD:

CUERPO: Maestro interino

ESPECIALIDAD:

CENTRO	FECHA DE TOMA DE POSESIÓN			FECHA DE CESE			TOTAL		
	D	M	A	D	M	A	AA	MM	DD
				Continúa					
TOTAL SERVICIOS hasta el día _____ de 2.007.---									

CERTIFICO la exactitud de los datos anteriores que concuerdan con los antecedentes presentados.

Ciudad, _____ de 2.007

Vº Bº
LA DIRECTORA

LA SECRETARIA,

Fdo.:

Fdo.: