

## I. COMUNIDAD DE MADRID

### B) Autoridades y Personal

#### Consejería de Sanidad

#### SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

- 11** *CORRECCIÓN de errores de la Resolución de 22 de septiembre de 2020, de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, por la que se convoca concurso de traslados voluntario a plazas de personal estatutario de la categoría de Médico de Familia en Atención Primaria del Servicio de Salud de la Comunidad de Madrid.*

Apreciado error en la publicación de los Anexos III y IV de la citada Resolución en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 237, correspondiente al día 30 de septiembre de 2020, páginas 276 a 302 (número de inserción 03/23.840/20), se procede a la publicación de dichos Anexos III y IV.

Madrid, a 1 de octubre de 2020.



Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**ANEXO III – Certificado de datos profesionales**

D./D.<sup>a</sup>....., Director/a.....  
de.....

**CERTIFICO:**

Que según los antecedentes obrantes en este centro,

D./D.<sup>a</sup>.....NIF/NIE.: .....  
es Personal Estatutario Fijo perteneciente a la categoría Médico de Familia en Atención Primaria, con nombramiento en propiedad expedido el / / y con primera toma de posesión en fecha / /

**1. SITUACIÓN ADMINISTRATIVA**

<input type="checkbox"/> Servicio activo	
<input type="checkbox"/> Servicios especiales	
<input type="checkbox"/> Excedencia voluntaria por interés particular	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Excedencia voluntaria por prestar servicio en el sector Público.	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Excedencia para cuidado de familiares	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Excedencia por razón de violencia sobre la mujer	Fecha concesión excedencia: / /
<input type="checkbox"/> Otras situaciones.....	

**2. DESTINO ACTUAL (SOLO CUMPLIMENTAR UNO DE LOS DOS APARTADOS)**

<b>APARTADO A</b>											
Destino Definitivo <input type="checkbox"/>	Reingreso Provisional <input type="checkbox"/>										
Fecha posesión del último destino:	Reingreso Provisional procedente del proceso de consolidación de empleo <input type="checkbox"/>										
Nombre del Centro: .....											
CIAS/ Código de Centro	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

<b>APARTADO B</b>											
Comisión de servicio <input type="checkbox"/>	Promoción interna temporal <input type="checkbox"/>										
Fecha posesión de la plaza de origen:											
Nombre del Centro: .....											
CIAS/ Código de Centro plaza de origen:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

**3. ANTIGÜEDAD**

Antigüedad: tiempo de servicios reconocidos hasta la fecha de publicación de la convocatoria en el BOCM.			
Total de años, meses y días de servicios:			
Años	Meses	Días	
.....	.....	.....	

CERTIFICACIÓN que expido a petición del interesado/a y para que surta efecto en el concurso de traslados voluntario de fecha (BOCM de )

OBSERVACIONES AL DORSO SI  NO

En ..... a ..... de ..... de 202..  
(Lugar, fecha, firma y sello)



Dirección General  
de Recursos Humanos  
y Relaciones Laborales  
CONSEJERÍA DE SANIDAD

**ANEXO III – Certificado de datos profesionales**

*OBSERVACIONES:*

Madrid, ..... de ..... de 202..

EL/LA DIRECTOR/A .....

Fdo.: .....



