

ANEXO III
CERTIFICACION DEL JEFE DE LA UNIDAD

Don _____, Jefe de _____ y
a petición del _____, Don _____, certifico que al día
de la fecha ocupa un puesto que según Plantilla Orgánica requiere de formación sanitaria (código XN05) y
todo ello a efectos de la ponderación del destino según la convocatoria que desarrolla la O. DEF/739/2019.

En _____ a _____ de _____ de 2019.
El _____ Jefe de _____ .