

**CERTIFICADO EXPERIENCIA DOCENTE EN CENTROS PRIVADOS
EDUCACIÓN INFANTIL, PRIMARIA, SECUNDARIA OBLIGATORIA Y BACHILLERATO**

Denominación Del Centro:		Código del Centro:	
Dirección:		Localidad:	
Código Postal:		Teléfono:	
		Correo Electrónico:	

Don/Doña _____ con DNI _____ en calidad de Titular de la dirección del centro educativo _____ de _____.

CERTIFICA:

Que doña/don _____ con DNI _____, número de teléfono, _____ y correo electrónico _____ a efecto de notificaciones, consta como docente de este centro en la especialidad/es y fechas que se especifican a continuación:

Fecha Inicio	Fecha Fin	Código y nombre Cuerpo – Especialidad ⁽¹⁾	Nivel Concertado (SI/NO)

(1) Para que el reconocimiento de la experiencia sea tenida en cuenta en el cuerpo/especialidad correspondiente deberá consignarse adecuadamente el código y nombre de la especialidad sobre la que se certifica la experiencia en cuestión.

Y para que así conste a los efectos de acreditación de la experiencia docente para la participación en los procesos selectivos para ingreso y acceso a los cuerpos a que se refiere la Ley orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, firmo el presente escrito,

En _____, a _____, de _____ de 20____.

El/La Director/a del Centro Educativo	Vº Bº del Servicio de Inspección Educativa,
Fdo.: _____	Fdo.: _____

SERVICIO DE INSPECCIÓN EDUCATIVO (Delegación Provincial-Consejería de Educación, Ciencia y F. Profesional)