

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

<b>Denominación Del Centro:</b>		<b>Código del Centro:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Localidad:</b>	
<b>Código Postal:</b>		<b>Teléfono:</b>	
		<b>Correo Electrónico:</b>	

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:

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

(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)