**Contratos Postdoctorales de Formación en Docencia e Investigación**

**CERTIFICADO DE INCORPORACIÓN DEL CONTRATADO**

|  |
| --- |
| Nombre y DNI/NIE del contratado/a:  D./Dña.  DNI / NIE |
| Hospital al que se incorpora: |
| Departamento de la UCM: |

D/Dña.:  en su condición de tutor/a del contratado/a arriba mencionado/a

CERTIFICA:

Que se ha incorporado a este Departamento el día  de  de

En Madrid, a  de  de

FIRMA DEL/A PROFESOR/A TUTOR/A   
[Al firmar declaro haber leído y aceptado la](https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-05-23-Info-Adic-Tratamiento-Investigación.pdf)

[Cláusula de protección de datos al pie indicada](https://www.ucm.es/data/cont/docs/3-2018-05-23-Info-Adic-Tratamiento-Investigación.pdf)

Fdo.:

Vº Bº  
EL/LA DIRECTORA/A DEL DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL DEPARTAMENTO

Fdo.: