|  |
| --- |
| **FICHA SOLICITUD CONVOCATORIA**  **PROF. ASOCIADO CC SALUD** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **A.- DATOS DE LA PLAZA A CONCURSO. A CUMPLIMENTAR POR EL DEPARTAMENTO** | | | | |
| JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD | | NUEVA DOTACIÓN | | |
| VACANTE POR: | | |
| SUSTITUCIÓN DE: | | |
| DEPARTAMENTO: | | | | |
| FACULTAD: | | | | |
| ÁREA DE CONOCIMIENTO: | | | | |
| CENTRO HOSPITALARIO: | | | | |
| SERVICIO HOSPITALARIO: | | | | |
| HORARIO | MAÑANA | | TARDE | |
| ACTIVIDAD DOCENTE A REALIZAR |  | | | |
|  | | | |
| FECHA DEL CONSEJO DE DEPARTAMENTO1: | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Madrid, a |  | de |  | de | 20 |
| El/LA DIRECTORA/A DEL DEPARTAMENTO, | | | | | |
| Firmado: | | | | | |

|  |
| --- |
| **B.- DATOS A CUMPLIMENTAR POR EL CONSEJO DE FACULTAD** |
| FECHA DEL CONSEJO DE FACULTAD 2: |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Madrid, a |  | de |  | de | 20 |
| El/LA DECANO/A DE LA FACULTAD, | | | | | |
| Firmado: | | | | | |

**1** – Se adjunta informe del Consejo de Departamento sobre la necesidad de la convocatoria.

**2** – Se adjunta informe del Consejo de Facultad sobre la necesidad de la convocatoria.