

Imprimir

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID**

SERVICIO DE GESTIÓN DE PDI

**D./Dª.** .................................................................................................................

**con DNI.** ............................................... **,** declara bajo juramento o promete que a la fecha de finalización del plazo de presentación de solicitudes en la convocatoria de plazas de Profesor/a Ayudante Doctor/a, (indicar el Código de plaza ................................... ) no supera el periodo máximo de contratación, efectivo y retribuido, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 2/2023, de 22 de marzo del Sistema Universitario teniendo en cuenta la relación contractual que haya podido tener con anterioridad en cualquier otra Universidad como Profesor/a Ayudante Doctor/a.

En el caso de haber Profesor/a. Ayudante Doctor/a, indicar la/s Universidad/es,

y el/los periodo/s de contratación .......................................................................

Madrid, a fecha de la firma digital

Fdo.: