



MODELO ASO_1

CÓDIGO DEL CONCURSO: 2003/ASO/001	
RESOLUCIÓN DE FECHA: 20 de marzo de 2024	BOUC: 20/03/2024
CATEGORÍA: PROFESOR/A ASOCIADO/A	
ÁREA DE CONOCIMIENTO: Enfermería	
DEPARTAMENTO: Enfermería	
FACULTAD: Enfermería, Fisioterapia y Podología	
NECESIDADES DOCENTES ESPECÍFICAS: Enfermería Comunitaria I Enfermería Comunitaria II Salud Pública	
PERFIL PROFESIONAL: Enfermero/a especialista en enfermería familiar y comunitaria	

LISTA PROVISIONAL

Resolución de fecha 22 de abril de 2024 por la que se hace pública, de conformidad con lo establecido en la base **V.** de la Disposición Reguladora del Proceso de Selección de Profesores/as Asociados/as, la lista provisional de admitidos y excluidos en el concurso arriba referenciado:

ASPIRANTES ADMITIDOS/AS
NURIA ALCOLEA RUIZ

ASPIRANTES EXCLUIDOS/AS	Causa/s de exclusión

- (1) No acredita ejercer su actividad principal fuera del ámbito académico universitario y cuyo ámbito profesional se relacione con las necesidades docentes específicas objeto de concurso.
- (2) No acredita un mínimo de tres años de experiencia profesional efectiva relacionada con las necesidades docentes específicas objeto de concurso, adquirida fuera de la actividad académica universitaria.
- (3) No justificar el pago de tasas
- (4) Solicitud fuera de plazo.
- (5) _____

Código Seguro De Verificación	6130-6F49-6662P3132-7738	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Josefina Navarro Sanchez - Jefa Seccion Personal Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología	Firmado	23/04/2024 11:47:41
	Maria del Carmen Martinez Rincon - Decana Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología	Firmado	23/04/2024 11:43:17
	Pilar Mori Vara - Secretaria Académica Facultad Enfermería	Firmado	22/04/2024 18:24:31
Observaciones		Página	1/2
Uri De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=6130-6F49-6662P3132-7738		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		





Los aspirantes excluidos u omitidos disponen de un plazo de diez días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la publicación de la presente resolución para subsanar, en su caso, el defecto o defectos que hayan motivado su exclusión u omisión.

EL/LA SECRETARIO/A DE LA FACULTAD	
Firmado:	
Vº Bº EL/LA DECANO/A	
Firmado:	

Diligencia por la que se hace constar que la fecha de publicación de este documento ha sido el día:
Firmado:

Código Seguro De Verificación	6130-6F49-6662P3132-7738	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Josefina Navarro Sanchez - Jefa Seccion Personal Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología	Firmado	23/04/2024 11:47:41
	Maria del Carmen Martinez Rincon - Decana Facultad Enfermería, Fisioterapia y Podología	Firmado	23/04/2024 11:43:17
	Pilar Mori Vara - Secretaria Académica Facultad Enfermería	Firmado	22/04/2024 18:24:31
Observaciones		Página	2/2
Uri De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=6130-6F49-6662P3132-7738		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		

