



CÓDIGO DEL CONCURSO: 220424/ACS/006	
RESOLUCIÓN/CÓDIGO DE CONVOCATORIA: 22/04/24	BOUC: 22/04/24
CATEGORÍA: PROFESOR/A ASOCIADO/A DE CIENCIAS DE LA SALUD	
Nº DE PLAZAS: 1	
ÁREA DE CONOCIMIENTO: FISIOTERAPIA	
DEPARTAMENTO: RADIOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA	
FACULTAD: ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA	
CENTRO HOSPITALARIO: HOSPITAL UNI. INFANTA LEONOR	
SERVICIO DE: MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	
ASIGNATURA/S: PRÁCTICAS TUTELADAS I A X	

ACTA DE CONSTITUCIÓN

De acuerdo con lo establecido en la base V de la Disposición Reguladora del Proceso de Selección de Profesores Asociados de Ciencias de la Salud, a las 8:00 horas del día 29 de mayo de 2024, y en los locales de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, se constituye la Comisión que juzgará el concurso de referencia.

Asisten a la reunión:

PRESIDENTE/A:

- M^a de los Ángeles Atín Arrabitel

SECRETARIO/A:

- Alba París Alemany

- Esther Sánchez Rodríguez

- Rosalía de Dios Álvarez

- Rosa M^a Ortiz Gutiérrez

Los miembros de la Comisión presentes manifiestan que no se hallan incluidos en ninguna de las causas de abstención previstas en el art. 23 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. Asimismo, declaran conocer los deberes inherentes a su condición de empleado público, que incluyen el deber de confidencialidad, y la obligación de cumplir con la legislación vigente sobre protección de datos personales, respecto de los datos aportados por los participantes en el concurso (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre).

A continuación, se procede a la valoración de los méritos alegados y acreditados documentalmente por los concursantes junto con la instancia de participación, resultando la valoración que se recoge en el cuadro que se acompaña al acta.

Como consecuencia de las actuaciones llevadas a cabo por esta Comisión en el punto e) del baremo relativo a la adecuación al puesto docente que se detallan a continuación, se otorgan las puntuaciones especificadas en el cuadro que se adjunta al acta.

EL/LA PRESIDENTE/A

EL/LA SECRETARIO/A

Firmado:

Firmado: