



MODELO ASO_1

CÓDIGO DEL CONCURSO: 170524/ASO/073	
RESOLUCIÓN DE FECHA: 17-MAYO-2024	BOUC: 17-05-2024
CATEGORÍA: PROFESOR/A ASOCIADO/A	
ÁREA DE CONOCIMIENTO: PARASITOLOGÍA	
DEPARTAMENTO: MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	
FACULTAD: FARMACIA	
NECESIDADES DOCENTES ESPECÍFICAS: Enfermedades parasitarias Parasitología Parasitismo y Globalización Diagnóstico Parasitológico y Micológico	
PERFIL PROFESIONAL: Especialista en vigilancia y control de vectores de interés en salud pública	

LISTA PROVISIONAL

Resolución de fecha 11 de junio 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
JIMENEZ ALONSO, MARIA ISABEL

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	7864-5330-5573P5857-3743	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Maria Teresa Sanchez Abarrio - Jefa Seccion Personal Facultad Farmacia	Firmado	11/06/2024 14:40:28
	Irene Iglesias Peinado - Decana Facultad Farmacia	Firmado	11/06/2024 10:43:04
	Humberto Martin Brieva - Secretario Académico Facultad Farmacia	Firmado	10/06/2024 19:17:18
Observaciones		Página	1/2
Uri De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=7864-5330-5573P5857-3743		
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	7864-5330-5573P5857-3743	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Maria Teresa Sanchez Abarrio - Jefa Seccion Personal Facultad Farmacia	Firmado	11/06/2024 14:40:28
	Irene Iglesias Peinado - Decana Facultad Farmacia	Firmado	11/06/2024 10:43:04
	Humberto Martin Brieva - Secretario Académico Facultad Farmacia	Firmado	10/06/2024 19:17:18
Observaciones		Página	2/2
Uri De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=7864-5330-5573P5857-3743		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		

