



MODELO ASO_1

CÓDIGO DEL CONCURSO: 180624/ASO/060	
RESOLUCIÓN DE FECHA: 18/06/2024	BOUC: 18/06/2024
CATEGORÍA: PROFESOR/A ASOCIADO/A	
ÁREA DE CONOCIMIENTO: RADIOLOGIA Y MEDICINA FISICA	
DEPARTAMENTO: RADIOLOGIA, REHABILITACION Y FISIOTERAPIA	
FACULTAD: MEDICINA	
NECESIDADES DOCENTES ESPECÍFICAS: ADAPTACION PRACTICA DE LAS TECNICAS INFORMATICAS EN DISCAPACIDAD	
PERFIL PROFESIONAL: TERAPEUTA OCUPACIONAL QUE DESEMPEÑE SU ACTIVIDAD EN LA APLICACIÓN DE TECNICAS INFORMATICAS EN DISCAPACIDAD	

LISTA PROVISIONAL

Resolución de fecha 16 de JULIO 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
CANALEJAS ESPIN, SARA

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	6743-5963-3041P6E36-6158	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Gema Teresa Valero de Lara - Jefa Seccion Personal Facultad Medicina	Firmado	17/07/2024 12:31:57
	Javier Arias Diaz - Decano Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 13:45:55
	Ana Patricia Moya Rueda - Secretaria Académica Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 12:55:43
Observaciones		Página	1/2
Uri De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=6743-5963-3041P6E36-6158		
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	6743-5963-3041P6E36-6158	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Gema Teresa Valero de Lara - Jefa Seccion Personal Facultad Medicina	Firmado	17/07/2024 12:31:57
	Javier Arias Diaz - Decano Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 13:45:55
	Ana Patricia Moya Rueda - Secretaria Académica Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 12:55:43
Observaciones		Página	2/2
Url De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=6743-5963-3041P6E36-6158		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		

