



MODELO ASO_1

CÓDIGO DEL CONCURSO: 180624/ASO/062	
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: PRACTICA CLINICA I. DISCAPACIDAD FISICA	
PERFIL PROFESIONAL: TERAPEUTA OCUPACIONAL QUE DESEMPEÑA SU ACTIVIDAD PROFESIONAL EN EL AMBITO DE LOS PRODUCTOS DE APOYO Y LA ORTOPROTESICA	

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
PEREZ ROBLES, ALVARO

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	5A38-4267-4233P5367-4734	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Gema Teresa Valero de Lara - Jefa Seccion Personal Facultad Medicina	Firmado	17/07/2024 12:32:25
	Javier Arias Diaz - Decano Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 13:46:15
	Ana Patricia Moya Rueda - Secretaria Académica Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 12:55:58
Observaciones		Página	1/2
Uri De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=5A38-4267-4233P5367-4734		
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	5A38-4267-4233P5367-4734	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Gema Teresa Valero de Lara - Jefa Seccion Personal Facultad Medicina	Firmado	17/07/2024 12:32:25
	Javier Arias Diaz - Decano Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 13:46:15
	Ana Patricia Moya Rueda - Secretaria Académica Facultad Medicina	Firmado	16/07/2024 12:55:58
Observaciones		Página	2/2
Url De Verificación	https://sede.ucm.es/verificacion?csv=5A38-4267-4233P5367-4734		
Normativa	Este informe tiene carácter de copia electrónica auténtica con validez y eficacia administrativa de ORIGINAL (art. 27 Ley 39/2015).		

