



**MODELO ASO\_4**

|   |                  |
|---|------------------|
| <b>CÓDIGO DEL CONCURSO:</b> 180624/ASO/063  |                  |
| <b>RESOLUCIÓN CONVOCATORIA:</b> 18/06/2024  | BOUC: 18/06/2024 |
| <b>CATEGORÍA:</b> PROFESOR/A ASOCIADO/A   |                  |
| <b>ÁREA DE CONOCIMIENTO:</b> RADIOLOGÍA Y MEDICINA FÍSICA                         |                  |
| <b>DEPARTAMENTO:</b> RADIOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA                    |                  |
| <b>FACULTAD:</b> MEDICINA   |                  |
| <b>NECESIDADES DOCENTES ESPECÍFICAS:</b> ASPECTOS SOCIOSANITARIOS DEL TERMALISMO. |                  |
| <b>PERFIL PROFESIONAL:</b> Médico especialista en Hidrología Médica.              |                  |

**CONVOCATORIA DE SESIÓN PÚBLICA**

De conformidad con lo previsto en la base **VII.** de la Disposición Reguladora del proceso de selección de Profesor/a Asociado/a, se hace pública la relación de aspirantes convocados para la exposición oral de su trayectoria académica y científica y posterior debate con la Comisión de Selección, con especificación de su puntuación en la valoración de los méritos curriculares, apartados 1 a 3 del baremo (puntuación mínima 5 puntos).

| <b>Relación de aspirantes</b> | <b>Puntuación</b> |
|-------------------------------|-------------------|
| MARTIN MEGIAS, ANA ISABEL     | 9,4               |
|                               |                   |
|                               |                   |
|                               |                   |
|                               |                   |
|                               |                   |
|                               |                   |
|                               |                   |
|                               |                   |

La sesión, que será pública, se realizará en la fecha, hora y lugar que a continuación se indica:

|               |   |
|---------------|---|
| <b>Fecha:</b> | <b>11 de Septiembre de 2024</b>   |
| <b>Hora:</b>  | <b>16:00</b>  |
| <b>Lugar:</b> | <b>Departamento Radiología, Rehabilitación y Fisioterapia. Facultad de Medicina</b> |

Madrid, a fecha de la firma digital

|   |
|---|
| EL/LA PRESIDENTE/A                            |
| <br>  |
| Firmado: Prof. Juan Manuel Castellote Olivito |
| EL/LA SECRETARIO/A                            |
| <br>  |
| Firmado: Prof. Maria Lorena Vela Iglesias     |

|   |
|---|
| Diligencia por la que se hace constar que la fecha de publicación de este documento ha sido el día: |
| <br>  |
| Firmado:  |



Universidad Complutense de Madrid