



CONSEJO TÉCNICO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Concurso de oposición cerrado para promoción

C.U.R.P.

R.F.C.

Secretaría o Departamento de Adscripción							
Grado académico y Nombre	Grado	Nombre(s)			Apellidos		
Categoría, Nivel y Tipo de Nombramiento actual	Señale con una X						
	INVESTIGADOR	<input type="checkbox"/>	TITULAR	<input type="checkbox"/>	"A"	<input type="checkbox"/>	
	PROFESOR DE CARRERA	<input type="checkbox"/>	ASOCIADO	<input type="checkbox"/>	"B"	<input type="checkbox"/>	
	TÉCNICO ACADÉMICO	<input type="checkbox"/>	AUXILIAR	<input type="checkbox"/>	"C"	<input type="checkbox"/>	
	PROFESOR DE ASIGNATURA	<input type="checkbox"/>	TIEMPO COMPLETO		<input type="checkbox"/>	INTERINO	<input type="checkbox"/>
				MEDIO TIEMPO	<input type="checkbox"/>	DEFINITIVO	<input type="checkbox"/>
				HORAS	<input type="checkbox"/>	NÚMERO DE AÑOS EN LA CATEGORÍA	<input type="checkbox"/>
Categoría o Nivel al que se promueve							
Área académica	BÁSICA	<input type="checkbox"/>	CLÍNICA	<input type="checkbox"/>	SOCIOMÉDICA	<input type="checkbox"/>	
Asignatura*	<input style="width: 700px; height: 25px;" type="text"/>						
DOCUMENTOS QUE DEBERÁ ANEXAR:							
❖ Petición escrita del interesado dirigida al Director			❖ Plan de trabajo del año en curso con Vo. Bo. de su responsable, cuando proceda				
❖ <i>Currículum vitae</i> actualizado con documentos probatorios			❖ Informes y programas anuales de actividades correspondientes al periodo a evaluar (tres últimos años)				
❖ Opinión escrita del Titular de la Secretaría o Departamento de adscripción							
<input style="width: 200px; height: 30px;" type="text"/> Fecha de elaboración (DD/MM/AA)			El Interesado _____ Firma				

*Únicamente profesores