



**CERTIFICACIÓN DE HORARIO A EFECTOS DE SOLICITUD DE
AUTORIZACIÓN DE COMPATIBILIDAD
PARA EL EJERCICIO DE UNA SEGUNDA ACTIVIDAD**

DATOS DEL PROFESOR	
APELLIDOS	
NOMBRE	
NIF / NIE	
CATEGORÍA DOCENTE	
DEDICACIÓN	
DEPARTAMENTO	
ÁREA DE CONOCIMIENTO	
CENTRO	
CURSO ACADÉMICO	

HORARIO

PRIMER CUATRIMESTRE

	Horario lectivo	Horario de tutorías o asistencia al alumnado
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

SEGUNDO CUATRIMESTRE

	Horario lectivo	Horario de tutorías o asistencia al alumnado
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		

En _____, a _____ de _____ de 20____

Conforme con el horario:

El/La Profesor/a
(Fecha y firma)

El/la Director/a del Departamento,
(Firmado y sellado)