

## 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\_\_\_\_\_

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

Conforme con el horario:  
El/La Profesor/a  
*(Fecha y firma)*