

**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	
Cuerpo Docente	
Dedicación	
Departamento	
Área de Conocimiento	
Centro	

**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		

A fecha de firma electrónica  
EL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO,  
(Firmado electrónicamente)

Conforme con el horario:  
El Profesor,  
(Firmado Electrónicamente)