

## SOLICITUD DE DOTACIÓN Y PROPUESTA DE CONVOCATORIA DE UNA PLAZA DE PROFESORA/PROFESOR PERMANENTE LABORAL AL VICERRECTORADO DE ORDENACIÓN ACADÉMICA Y PROFESORADO

– Criterios para la cobertura adicional de la tasa de reposición de profesorado prevista en la Ley de Presupuestos del Estado para el año 2023, prorrogados para el año 2024 –

(Consejo de Gobierno de 30 de septiembre de 2024)

PLAZAS DESTINADAS A LA ESTABILIZACIÓN DE INVESTIGADORES RAMÓN Y CAJAL Y  
OTROS INVESTIGADORES POSTDOCTORALES CON EVALUACIÓN I3/R3 FAVORABLE | **AP. II**

### I. DATOS DE LA PLAZA CUYA DOTACIÓN SE SOLICITA:

- |   |          |          |          |
|---|----------|----------|----------|
| – CRITERIO DEL PROCEDIMIENTO POR EL QUE SE SOLICITA:                              | II.11.1° | II.11.2° | II.11.3° |
| – CATEGORÍA/CUERPO/ESCALA:  |          |          |          |
| – DEPARTAMENTO:   |          |          |          |
| – ÁREA DE CONOCIMIENTO:   |          |          |          |
| – CENTRO DE ADSCRIPCIÓN:  |          |          |          |
| – ÍNDICE DE NECESIDADES DOCENTES DEL ÁREA DE CONOCIMIENTO OBJETO DE LA SOLICITUD: |          |          |          |

El siguiente apartado se cumplimentará solamente en el supuesto de que la plaza se solicite por el art. 11.1 y 2 del Procedimiento, en cuyo caso el Departamento dentro del plazo de solicitud, remitirá al propio interesado y por correo electrónico, una copia digital de la solicitud registrada como garantía de participación en el procedimiento que él mismo inició.

### II. DATOS DEL/LA INVESTIGADOR/A A ESTABILIZAR (solamente en el supuesto del art. 11.1 y 2)

- |   |    |                     |                        |  |
|---|----|---------------------|------------------------|--|
| – NIF/NIE:  |    |                     |                        |  |
| – APELLIDOS Y NOMBRE:   |    |                     |                        |  |
| – CATEGORÍA ACTUAL/TIPO DE CONTRATO/PROGRAMA POR EL QUE SE FORMALIZÓ EL CONTRATO: |    |                     |                        |  |
| – FECHA INICIO CONTRATO:  |    | FECHA FIN CONTRATO: |                        |  |
| – DEPARTAMENTO:   |    |                     |                        |  |
| – ACREDITACIÓN ANECA/ACSUCYL:   | TU | PCD/PPL             | FECHA DE ACREDITACIÓN: |  |
| – CERTIFICADO I3 POSITIVO:  | SÍ | NO                  | FECHA DE OBTENCIÓN:    |  |
| – ACREDITACIÓN ANECA CU:  |    |                     | FECHA DE ACREDITACIÓN: |  |
| – INDICAR SI EL/LA INTERESADO/A TIENE UN GRADO DE DISCAPACIDAD SUPERIOR AL 33%:   |    | SÍ                  | NO                     |  |

(Adjuntar copia de las acreditaciones de la ANECA y certificado I3 a la presente solicitud, siempre que la solicitud se tramite por los supuestos del art. 11.1 y 2)

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

El/La Director/a del Departamento,

Fecha del Acuerdo del Departamento:

LIMPIAR FORMULARIO