



**SOLICITUD DE COLABORACIÓN EN TAREAS DOCENTES PARA  
OTRO PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA**

**DATOS DEL/LA SOLICITANTE**

**CURSO 2020/2021**

Apellidos y Nombre: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

Departamento en el que pide colaborar \_\_\_\_\_

Marque con una cruz lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	En situación de servicios especiales u otras similares
<input type="checkbox"/>	Personal de Administración y Servicios
<input type="checkbox"/>	Becario/a Residente de 3er. año ( r3) en Hospital Facultad de Veterinaria (HCV)
<input type="checkbox"/>	Otros (indicar) _____

EN CASO DE NO SOLICITARSE EN 2ª FASE DE POD indique la fecha de inicio de la situación en la que se encuentra y que le habilita para solicitar la colaboración: \_\_\_\_\_

Solo se admitirán solicitudes fuera de este plazo si la fecha es posterior (artº 5.3 del Acuerdo de 24 de enero de 2020 del Consejo de Gobierno)

**SOLICITA** la colaboración en tareas docentes del Departamento, de acuerdo con lo establecido en la normativa o bases de la convocatoria origen de su contrato y en aplicación de la *Normativa reguladora de la colaboración en la docencia reglada de quienes carecen de la condición estatutaria o contractual propia del profesorado*, aprobada por Acuerdo de 24 de enero de 2020, del Consejo de Gobierno de la Universidad de Zaragoza (BOUZ 1-20, de 12 de febrero).

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

EL/LA SOLICITANTE

A estos efectos se acompaña:

<input checked="" type="checkbox"/>	Memoria justificativa de la colaboración
-------------------------------------	--

*LA COLABORACIÓN NO PODRÁ INICIARSE ANTES DE QUE SE DICTE RESOLUCIÓN EXPRESA, NI PROLONGARSE MÁS ALLÁ DE LA FECHA DE FINALIZACIÓN DEL CURSO ACADÉMICO PARA EL QUE SE AUTORIZA O DE LA FECHA DE FINALIZACIÓN DEL ACTUAL CONTRATO SI ÉSTA ES ANTERIOR A LA FINALIZACIÓN DEL CURSO*

**INFORME DEL DIRECTOR/A DEL DEPARTAMENTO**

- FAVORABLE  
 NO FAVORABLE, indicar MOTIVOS

Fecha: \_\_\_\_\_

Firmado: \_\_\_\_\_

**RESOLUCIÓN DEL VICERRECTOR DE PROFESORADO**

- AUTORIZA la colaboración en la docencia del/la solicitante con efectos de \_\_\_\_\_ nº horas autorizadas \_\_\_\_\_  
 NO AUTORIZA, indicar MOTIVOS

El Vicerrector de Profesorado,  
En Zaragoza, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo.: Ismael Javier Jiménez Compaired

El presente acto no agota la vía administrativa de conformidad con lo regulado en los artículos 114 y 121 la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. Contra él cabe interponer recurso de alzada ante el Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Zaragoza, en el plazo de un mes contado a partir del día siguiente al de su notificación.

NIP: \_\_\_\_\_ APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

ASIGNATURAS A IMPARTIR

Código centro	Código asignatura	Asignatura	Tipo de docencia (*)	Horas a impartir (**)
<b>Total horas</b>				

(\*) Tipo de docencia: 1 Clases magistrales, 2 Problemas y casos, 3 Práct.de laboratorio, 4 Práct.especiales, 6 Trabajos docentes, 9 Dirección de Trabajos fin de titulación

(\*\*) En el tipo de docencia 9 sería: nº de horas atribuidas al TF \* nº de TF codirigidos

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

VºBº del Director/a del Departamento