



**DATOS DEL/LA SOLICITANTE**

**CURSO 2026/2027**

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

Área en la que pide colaborar \_\_\_\_\_

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 1ª 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 Texto Refundido de la normativa de colaboración en la docencia, resolución del Rector 15-05-23).

**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 del Texto Refundido de la *normativa reguladora de la colaboración en la docencia reglada de quienes carecen de la condición estatutaria o contractual propia del profesorado*, según resolución del Rector de 15 de mayo de 2023 (BOUZ 05-23, de 6 de junio), modificada por Acuerdo de CG de 13 de mayo de 2026.

Semestre 1:      Semestre 2:      Anual:      DOCTOR: Sí      NO

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,  
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 la Sra. Rectora Magnífica 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