

ANEXO II. CERTIFICADO DE VINCULACIÓN

D/Dña _____, como Director/a Gerente del Centro:
_____, y a petición de D/Dña
_____, con DNI _____

CERTIFICA:

- Que emite el presente a petición del/la solicitante arriba indicada, con el objeto de concurrir a la convocatoria de profesorado asociado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.
- Que según los datos que obran en poder de este Centro, el/la solicitante desarrolla actualmente su labor profesional en este Centro, con la categoría profesional de _____.
- Que su labor profesional (sí/no) _____ conlleva labor asistencial.
- Que, en caso de realizar labor asistencial, la misma se realiza en la Unidad de Gestión Clínica _____.
- Que (sí/no) _____ posee plaza en propiedad en la citada Unidad de Gestión Clínica y en este Centro.
- Que la labor profesional (sí/no) _____ se realiza a Jornada Completa.
- Que la labor profesional se realiza en turno de (mañana/tarde/noche/otro)_____.

Y para que conste y surta efectos, se expide la presente certificación en _____, a _____ de _____, de 2017.
