



ANEXO II. CERTIFICADO DE VINCULACIÓN

D/Dña _____, con DNI _____ como Director/a Gerente del (Centro/Área de Gestión Sanitaria): _____, y a petición de la Universidad de Cádiz

CERTIFICA:

- Que emite el presente al objeto de la renovación de Profesorado Asociado de Ciencias de la Salud de la Universidad de Cádiz.
- Que según los datos que obran en poder de este Centro, D/Dña _____ 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 este Centro y adscripción a la citada Unidad de Gestión Clínica.
- Que la labor profesional (sí/no) _____ se realiza a Jornada Completa.
- Que la labor profesional se realiza en turno de (mañana/tarde/rotatorio) _____.

Y para que conste y surta efectos, se expide la presente certificación en _____, a _____ de _____ de 20__.
