



## SOLICITUD DE COBERTURA DE NECESIDAD DOCENTE SOBREVENIDA

### DESCRIPCIÓN DE LA NECESIDAD DOCENTE SOBREVENIDA o NDS (Artículo 2 Reglamento)

Descripción de la causa que genera la NDS:

Justificación razonada de la imposibilidad de atender transitoriamente la NDS (para periodos superiores a 15 días lectivos):

En su caso, nombre y apellidos del profesor para el que se solicita sustitución:

DNI:

e-mail:

Departamento:

Especialidad de Conocimiento:

Fecha de inicio de la NDS:

### VÍA SOLICITADA PARA LA COBERTURA DE LA NECESIDAD DOCENTE SOBREVENIDA

(marcar con una cruz la o las vías que propone el Departamento)

- Ampliación de dedicación de profesorado asociado a tiempo parcial
- Ampliación de dedicación de profesorado sustituto
- Solicitud de contratación de profesorado sustituto





**1. AMPLIACIÓN DE DEDICACIÓN DE PROFESORADO ASOCIADO A TIEMPO PARCIAL (Artículo 5 Reglamento)**

**Datos del profesorado con capacidad para asumir el incremento de carga lectiva**

Nombre y apellidos del profesor:

DNI:  Teléfono  e-mail:

Especialidad de Conocimiento:

Situación actual: Profesor Asociado  P2  P3  P4  P5

Ampliación de dedicación solicitada (e.g. P3 a P5):

**2. AMPLIACIÓN DE DEDICACIÓN DE PROFESORADO SUSTITUTO (Artículo 5 Reglamento)**

**Datos del profesorado con capacidad para asumir el incremento de carga lectiva**

Nombre y apellidos del profesor:

DNI:  Teléfono  e-mail:

Especialidad de Conocimiento:

Situación actual Profesor Sustituto  P2  P3  P4  P5  P6

Ampliación de dedicación solicitada (e.g. P3 a P5):

**3. SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE PROFESORADO SUSTITUTO (Artículo 6 Reglamento)**

Dedicación del profesorado solicitado:  P2  P3  P4  P5  P6  C08



**Asignatura/s a impartir, con indicación de titulación y curso en el que se impartiría/n (cumplimentar tantas filas como sea necesario):**

Especialidad conocimiento	Asignatura y Código	Horario	Curso	Grupo	Horas



**SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE PROFESOR SUSTITUTO O AMPLIACIÓN DE DEDICACIÓN, EN SU CASO**

D./D<sup>a</sup>

Director/a del Departamento de

INFORMA que se ha acordado la solicitud de la cobertura de la Necesidad Docente  
Sobvenida indicada en este documento mediante la vía señalada en el mismo y  
contemplada en el Reglamento de la UAL para la cobertura de NDS.

Firma

Fecha

Sello

Declaro bajo mi responsabilidad que los datos reseñados son ciertos.

En  a  de  de

Firma

**SR. RECTOR MAGNÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

