



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

SOLICITUD DE COMPATIBILIZACIÓN/FLEXIBILIZACIÓN POR RAZÓN DE DISCAPACIDAD ACREDITADA

(CURSO 2026/2027)

(Dirigida a la Dirección del Departamento)

DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

Nombre y apellidos: DNI nº:

Dirección Electrónica: Teléfono de contacto:

Departamento:

Área de conocimiento:

Categoría profesional:

Dedicación:

SOLICITUD QUE SE REALIZA (Adjuntar documentación reflejada en la convocatoria. Podrá presentarse en sobre cerrado)

☐ COMPATIBILIDAD DE LA DOCENCIA

Periodo para el que se solicita:

- ☐ Curso completo
☐ 1^{er} Cuatrimestre
☐ 2^º Cuatrimestre

Asignatura/s para la/s que se solicita compatibilidad:

.....

☐ FLEXIBILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Periodo para el que se solicita:

- ☐ Curso completo
☐ 1^{er} Cuatrimestre
☐ 2^º Cuatrimestre

Asignatura/s para la/s que se solicita flexibilización:

.....

Málaga, de de 2026

(firma de la persona solicitante)

A LA AT. DIRECTOR/A DEL DPTO. _____