



**SOLICITUD DE COMPATIBILIZACIÓN/FLEXIBILIZACIÓN POR RAZÓN  
DE DISCAPACIDAD ACREDITADA**

(CURSO 2024/2025)

(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<sup>er</sup> Cuatrimestre

2<sup>o</sup> Cuatrimestre

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

.....

FLEXIBILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD DOCENTE

Periodo para el que se solicita:

Curso completo

1<sup>er</sup> Cuatrimestre

2<sup>o</sup> Cuatrimestre

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

.....

Málaga, ..... de ..... de 2024

(firma de la persona solicitante)

A LA AT. DIRECTOR/A DEL DPTO. \_\_\_\_\_