**DECLARACIÓN EXPRESA RESPONSABLE**

**Profesor Ayudante Doctor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Don/Doña  |  | NIF |  |

A los efectos de la formalización del contrato como Profesor Ayudante Doctor con efectos **01/09/2024**:

[ ]  **DECLARA** que no ha estado contratado como Profesor Ayudante Doctor en ninguna Universidad Pública.

[ ]  **DECLARA** que ha estado contratado como Profesor Ayudante Doctor en la Universidad de …………..……………, durante el tiempo indicado: ………. años, …………. meses y …………. días.

[ ]  **DECLARA** que ha estado en situaciones de incapacidad temporal, maternidad y adopción o acogimiento durante el período de duración del contrato de Profesor Ayudante Doctor ….años, …….meses y …….días.

Fecha y firma

Marcar y completar, en su caso, la/s casilla/s que corresponda/n.