

**FORMULARIO INSCRIPCIÓN PARA CONCURSAR CARGO DE
PROFESOR TITULAR/ASOCIADO/ADJUNTO**

Córdoba,

Sr. Decano
Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Córdoba
Prof. Dr. Guillermo E. De Leonardi
S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con el objeto de solicitarle mi inscripción como postulante en el concurso para cubrir el cargo de Profesor en la Cátedra de del Departamento de de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba.

Conforme a lo dispuesto en la RR 433/09, fijo mi domicilio real en y especial en y declaro bajo juramento conocer el régimen de incompatibilidades.

Me notifico de la integración del jurado y declaro conocer todas las reglamentaciones y disposiciones atinentes al concurso.

Sin otro particular, saludo al Sr. Decano con distinguida consideración.

Firma:.....

Aclaración:

C.U.I.L.:.....Legajo:.....

Teléfonos nº:.....

Dirección de email:.....

* Adjunto nota de recusación a miembro/s del jurado

* Declaro no formular recusación a miembro/s del jurado.

(Tachar lo que no corresponda)