Nombre y Apellidos,  del Departamento de      ,de la Universidad Politécnica de Madrid certifica que  Nombre y Apellidos, con D.N.I. nº      , de acuerdo con la documentación existente en esta Universidad, ha desempeñado la actividad docente que se especifica a continuación,

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Curso académico/*  *cuatrimestre/semestre* | *Puesto ocupado* | *Asignatura* | *Titulación* | *Curso*  *de la titulación* | *Teoría/*  *Práctica* | *Nº horas*  *totales*  *(impartidas por interesado)* | *Total horas impartidas por curso académico/*  *cuatrimestre/semestre* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Y para que así conste y a los efectos oportunos, expido y firmo el presente certificado en Madrid, a       de  de 2015

El/La Director/a

Fdo.: D

\*Sólo en caso de que se trate de docencia de becarios realizados por encargo del Departamento este certificado podrá ser firmado por el Director o Secretario del mismo, con el Visto Bueno del Director o Decano del Centro.