**Anexo II**

**ACEPTACIÓN DE LA ADSCRIPCIÓN COMO MIEMBRO DEL GRUPO DE INNOVACIÓN DOCENTE**

**(GID)**

**CURSO 2025/2026**

|  |
| --- |
| **DATOS BÁSICOS** |
|  |
| **Denominación del GID** |
|  |
| **Nombre y apellidos de coordinador o la coordinadora del GID** |
|  |

Este documento debe ser cumplimentado y firmado por cada persona que se adscriba al GID.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos de la persona que solicita vincularse al GID** | | |
|  | | |
| **Área de conocimiento a la que pertenece** | | |
|  | | |
| **Figura contractual con UCA** | | |
|  | PDI Funcionario | |
|  | Profesor/a Permanente Laboral - Profesor/a Contratado/a Doctor/a | |
|  | Personal Investigador Posdoctoral con encargo docente | |
|  | Personal Investigador Predoctoral con colaboración docente | |
|  | Profesorado Sustituto | |
|  | Profesorado Asociado | |
|  | Profesorado Ayudante Doctor | |
|  | PTGAS | |
|  | Otro: indicar. | |
| **En caso de no pertenecer a la UCA, indique:** | | |
| **Universidad/institución/empresa a la que pertenece** | |  |
| **Perfil (indicar si es PDI/PTGAS)** | |  |
| **Figura contractual (en el caso del PDI) o puesto (en el caso del PTGAS)** | |  |

Informo que:

* Acepto formar parte del Grupo de Innovación Docente indicado,
* Conozco y acepto los objetivos, las actividades y los compromisos establecidos,
* Me comprometo a colaborar activamente en las actividades previstas y tareas que se me asignen dentro del grupo.

Fdo.

En a de de