



**TITULOS PROPIOS/ FORMACIÓN CONTINUA/ CURSOS INTERFACULTATIVOS/CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS
LIQUIDACIÓN DE PERCEPCIONES PROFESORADO VINCULADO CON LA UCM**

D./Dña. _____

Director/a del curso _____

CERTIFICA

Que los servicios prestados por D./Dña. _____
consistente en la impartición de _____ (nº lecciones, tutorías, coordinación, dirección),
equivalentes a _____ horas lectivas, durante el año _____ y por un importe íntegro de
_____ €, han sido realizados de conformidad, por lo que se propone su liquidación.

Madrid, a _____

Fdo.: _____