**COMPROMISO COFINANCIACIÓN PERSONAL TÉCNICO DE APOYO**

|  |
| --- |
| **Apellidos y nombre del doctor que avala la petición**:  |
| **Área de conocimiento**:  |
| **Departamento**:  |

**SE COMPROMETE** a cofinanciar el contrato como Personal Técnico de Apoyo de:

|  |
| --- |
| **Apellidos y nombre del candidato**:  |
| **CENTRO DE GASTOS**:  |

En Almería, a 26 de enero de 2023

Fdo.: ………………………………