

**DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE INCOMPATIBILIDAD HORARIA O DE FUNCIONES DEL PERSONAL QUE OCUPARÁ LOS CARGOS OBLIGATORIOS DEL EQUIPO DE TRABAJO DEL PROYECTO**

La/el Decana(o) que suscribe, de la Facultad **NOMBRE DE LA FACULTAD**, declara la siguiente nómina de integrantes del equipo de trabajo del proyecto postulado es la siguiente:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo** | **Nombre completo** | **Rut** | **Número de meses comprometidos para el proyecto** | **¿Cumple jornada como funcionario, trabajador o prestador de servicios en la PUC?** | **¿Cumple jornada como funcionario, trabajador o prestador de servicios en otra entidad (pública o privada)?** |
| Director(a) de proyecto |  |  |  |  |  |
| Encargado(a) de contenidos |  |  |  |  |  |
| Encargado(a) de diseño |  |  |  |  |  |

**La/el decana(o) declara que NO existe incompatibilidad horaria o de funciones entre sus actividades para el proyecto postulado y las que desarrolla como funcionario, trabajador o prestador de servicios de la institución postulante u otra.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma decana/o