

ANEXO II.1

SOLICITUD PARA UTILIZAR SALONES DE ACTOS

Nombre y apellidos _____

Servicio / Centro de Salud _____

Teléfono de contacto _____ Correo electrónico: _____

Salón solicitado:

☐
☐
☐

Salón de Actos 1ª E

Salón de Actos 3ª A

Sala vestíbulo principal

☐Salón de Actos Escuela
Enfermería

Día / mes / año: _____ De ____:____ h. hasta ____:____ h.

Nº de asistentes previsto: _____

Motivo: _____

¿Es una actividad financiada?: SI ☐ NO ☐ Patrocinador/es: _____

Datos de contacto del patrocinador/es: _____

¿Hay pago de inscripción?: SI ☐ NO ☐ Coste: _____

Otras necesidades (se valorará disponibilidad): _____

¿Habrá servicio de catering? SI ☐ NO ☐

(Montaje y recogida de éste será por cuenta de la empresa contratada por el solicitante)

Si desea que se dé difusión al acto, debe enviar el PROGRAMA a: prensa_hgcs@gva.es**NOTA:** La solicitud de reserva no implica la autorización de utilización de manera automática, sino que está sujeta a la aprobación previa por el responsable correspondiente. La aprobación o denegación se comunicará al solicitante vía correo electrónico.

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES DOCENTES:

La persona responsable de la solicitud de reserva de Instalaciones, se compromete a:

- No entrar comida ni bebida en el Salón de Actos ni en las Aulas.
- Hacer buen uso de las instalaciones y dejarlas en las mismas condiciones en las que las encontró.

Les informamos que la actividad formativa se comunicará necesariamente, ajustándose a lo dispuesto en el DECRETO LEY 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica, a Gerencia, para su remisión a la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para su valoración y autorización por el Órgano de Validación de Acciones Formativas en Centros dependientes de la Conselleria de Sanidad.

Castellón, a

El/la solicitante

Vº Bº Gerencia DSCS

Fdo. :