

ANEXO II.4

SOLICITUD DE RESERVA DE AULA DE SIMULACIÓN

Nombre y apellidos de la persona responsable: _____

Servicio / Centro de Salud _____

Teléfono de contacto _____ Correo electrónico: _____

Día / mes / año: _____

De _____ h. hasta _____ h.

Nº de asistentes previsto: _____

Motivo: _____

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

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

¿Habrá servicio de *catering*? SI NO

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

COMPROMISO DE UTILIZACIÓN DEL AULA DE SIMULACIÓN:

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

- No entrar comida ni bebida en el Aula de Simulación.
- Hacer buen uso de las instalaciones y dejarlas en las mismas condiciones en las que las encontró.
- Comunicar a la secretaria de docencia, de manera inmediata y por escrito, cualquier incidencia o averías relacionadas con la instalación o el material.
- Recoger la llave del Aula en Seguridad, y devolverla, el mismo día de la actividad. En las actividades formativas que duren varios días consecutivos se deberá recoger y devolver la llave cada día.

Castellón, a

El/la solicitante

Vº Bº Pres. Com. Docencia /
J. Estudios

Fdo. : _____

Fdo. : _____